

НЕОДНОЗНАЧНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТОМ И СПЕЦИАЛИСТАМИ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

К.Н. Мовчан¹, Р.Б. Исхаков², А.В. Коваленко³, К.И. Русакевич⁴

¹ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,

² Городская поликлиника № 8,

³ Ленинградская областная клиническая больница,

⁴ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

Резюме. В случае синдрома диабетической стопы (СДС) оценка качества оказания медицинской помощи (МП) пациентам в случаях язвенно-некротических процессов иногда может оказаться проблематичной. Так бывает при неблагоприятных исходах заболевания. Борясь за жизнь в случае сахарного диабета (СД) и его осложнений, больные, порой, без должных оснований высказывают претензии в отношении медицинских организаций и обвиняют медицинских работников в ненадлежащей МП. Деонтологическим аспектам оказания МП больным осложненными формами СДС (при их неудовлетворенности качеством обследования и лечения), возникающим при этом медико-правовым коллизиям, особенностям взаимодействия сотрудников специализированных центров с врачами догоспитальных этапов оказания МП населению, порой, не уделяется должного внимания. Особое значение должно придаваться мультидисциплинарному подходу оказания МП больным осложнениями СДС. Заинтересованное взаимодействие медработников и пациентов позволяет уменьшить риск претензий больных к качеству их обследования и лечения.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, экспертная оценка качества медицинской помощи, синдром диабетической стопы.

Введение

Осложнения сахарного диабета (СД) нередко обуславливают раннюю инвалидизацию пациентов [2, 3, 16, 17, 19]. Стопы больных СД – своеобразные мишени подверженные патогенетическим механизмам этого заболевания [9]. Представляясь в своей основе заболеванием терапевтическим, СД, при его констатации, обуславливает в тоже время необходимость обследования и лечения больных при участии специалистов хирургического профиля, прежде всего, по причине формирования синдрома диабетической стопы – СДС [1, 5, 7, 12, 20].

Язвенно-некротические процессы при СДС, нередко, сопровождаются воспалительными реакциями, гангреной тканей, что вынуждает осуществлять ампутации нижних конечностей – АНК [3, 11, 18, 16]. По поводу гнойно-некротических осложнений СД ежедневно в мире выполняется от 57 000 до 125 000 т.н. «больших» АНК [10, 20]. Реализация мероприятий по целенаправленной медико-социальной реабилитации пациентов СДС составляют значительную экономическую проблему, как для здравоохранения в целом, так и лично для больных СД [4, 5, 13]. Пациенты, вынужденно (по медицинским показаниям) подверженные АНК, продол-

жая трудную борьбу за жизнь по причине СД, иногда, без должных оснований, не только высказывают претензии в отношении организации проводимого лечения. При гнойно-некротических формах СДС оценка качества медицинской помощи (КМП), оказываемой пациентам, нередко, бывает затруднительной, особенно при негативных исходах заболевания. Поэтому особенности экспертной оценки качества обследования и лечения пациентов с СДС могут оказываться предметом не только научных дискуссий, но и поводом к предъявлению претензий к качеству оказанной МП.

Материалы и методы

В качестве примера формирования поводов для предъявления пациентами претензий при оценке эффективности их обследования и лечения в случаях осложненных форм СДС приводим следующий случай из практики.

Житель Санкт-Петербурга Ф., 56 лет, с 2008 г. наблюдался в городской поликлинике (ГП) с диагнозом: сахарный диабет I типа, осложненный диабетической дистальной полинейропатией НК; Гипертоническая болезнь II ст., 2 ст., риск сердечно-сосудистых осложнений 4. Инвалид 3 группы. Базисное лечение проводилось

посредством генноинженерных аналогов инсулина. Больной нередко игнорировал контроль показателей уровня биохимических параметров крови. В случаях декомпенсации СД ему в условиях стационара осуществлялась коррекция нарушений углеводного обмена.

4.07.2013 показатели глюкозы крови составили – 15,6 ммоль/л, гликированного гемоглобина – 14%. От предлагаемой госпитализации пациент отказался.

05.12.2013 уровень гликемии крови – 18 ммоль/л, гликированного гемоглобина – 13,9%, кетонурия. Очевидна декомпенсация СД. Признан нетрудоспособным. В очередной раз пациент отказался от госпитализации. Лечение осуществлялось амбулаторно.

Из-за общей слабости и головокружения, 29.01.2014 больной обратился за МП, вызвав на дом участкового терапевта. Учитывая анамнез и параметры объективного обследования (уровень глюкозы в крови составил 16,3 ммоль/л; по данным общего анализа мочи: цвет янтарный; ацетон ++++; глюкоза – 56 ед.) госпитализирован в одну из городских больниц (ГБ) с диагнозом: сахарный диабет I типа, декомпенсация, кетоз. Явления диабетического кетоза устранены, клинически сохранялись не выраженные признаки диабетической дистальной полинейропатии НК (сенсорная форма). После выписки 07.02.2014 из стационара, наблюдался в ГП и в одном из диабетических центров по месту жительства.

С 13 по 24.03.2014 на фоне отека и гиперемии кожи левой НК сформировалась глубокая инфицированная язва тыльной поверхности 2 пальца левой стопы, диаметром 1,0 см. Её дно язвы - суставная сумка плюсне - фалангового сочленения. На коже других пальцев стоп обнаружены поверхностные язвенные дефекты. Диагноз: СДС; нейропатическая форма; язвы пальцев обеих стоп (по Техасской классификации: 1А, 1В и 2В - 2 палец левой стопы); артропатия Шарко левой стопы? По просьбе больного лечение решено проводить под наблюдением хирурга ГП по месту жительства. Признан временно нетрудоспособен. Для ограничения нагрузки на левую стопу (передвижение рекомендовано только на костылях). Проводилась антибактериальная терапия (амоксиклав 0,625 мг x 3 раза в сутки – 14 дней). Ежедневно пациенту в ГП выполнялись: обработка, туалет и санация раневых поверхностей с использованием раствора хлоргексидина и мази «левомеколь».

25.03.2014 на основании оценки негативных данных Rх-снимках левой стопы (закрытый

перелом головки 2 плюсневой кости слева), направлен на лечение в специализированное отделение ГБ. При показателях гликемии 22,7 ммоль/л, 27.03.2015 выполнена ампутация 2 пальца левой стопы. В послеоперационном периоде использовались антибактериальные средства и осуществлялись мероприятия по компенсации СД I типа. С 31.03.2015 подобрана схема базисно-болюсной инсулинотерапии (ИТ). Пациент с явным улучшением выписан для амбулаторного лечения по месту жительства 04.04.2014. Однако, признан нетрудоспособным.

На фоне соблюдения диеты и проводимого лечения показатели гликированного гемоглобина составили 6-7%. Констатировано заживление раны в зоне выполненной ампутации 2 пальца левой стопы 29.04.2014. Пациент приступил к работе. Рекомендовано ограничить нагрузку на левую стопу.

7.05.2014 в ГП при оценке эффективности ИТ эндокринологом и подиатром констатировано сохранение отека левой стопы, температурная разница между стопами превысила 2 °С преобладая слева). Rх – исследование левой стопы: признаки деструкции головок 1, 3, 4 плюсневых костей. На фоне нейропатической формы СДС у больного констатирована еще и острая стадия артропатии Шарко левой стопы. Лечение решено осуществлять в режиме полной разгрузки левой НК (передвижение рекомендовано сугубо посредством костылей). На левой НК смоделирована несъемная разгрузочная повязка. Исключено микотическое поражение в зоне язвенных дефектов стоп. Лечение продолжено под наблюдением хирурга ГП.

5.06.2015 проведена коррекция индивидуальной разгрузочной повязки. Дефектов на коже на стоп не выявлено. Разница температуры кожи стоп превышала 2 °С. Пациент соблюдал рекомендации специалистов (на левую ногу не наступал, для передвижения использовал костыли). Оставался в статусе временно нетрудоспособным (средний срок иммобилизации не менее 6 месяцев). Контроль данных клинического анализа крови осуществлялся 1 раз в 3 недели. Раз в месяц пациента осматривал подиатр. Состояние пациента расценивалось как стабильно удовлетворительное. Пульсация сосудов на стопах сохранялась отчетливой. Признаков воспалительных реакций не отмечено. Рекомендации специалистов больным исполнялись корректно. Учитывая длительное пребывание пациента в статусе нетрудоспособного проведены процедуры прохождения медико-социальной экспертизы (МСЭ) для решения вопроса об изменении

группы инвалидности. 11.09.2014 пациент, признан инвалидом 2 группы с правом работы дома. Однако, больной рекомендации специалистов игнорировал, продолжал работать в обычном режиме, не соблюдая диету и периодически не выполняя рекомендации по приёму медикаментозных средств.

25.09.2014 в ГП удалена индивидуальная разгрузочная повязка. На контрольных Rx снимках левой стопы констатированы признаки консолидации переломов 3, 4 плюсневых костей. Гнойных осложнений СДС нет.

С 26.09.2014 по 15.10.2014 обследование и лечение осуществлялось в условиях эндокринологического отделения ГБ. Откорректированы режимы ИТ. По листку временной нетрудоспособности лечение продолжено амбулаторно до 21.10.2014 под наблюдением эндокринолога, офтальмолога и подиатра. В связи с отсутствием необходимости для продолжения иммобилизации левой НК, пациенту установлен съёмный ортез. Рекомендовано постепенное увеличение нагрузки на левую НК в ортезе при передвижении опираясь на костыль. Контрольные осмотры назначены 1 раз в месяц.

С 27.10.2014 и 10.11.2014 лечение пациента проводилось в условиях дневного стационара в одном из диабетцентров Санкт-Петербурга с особым акцентом на коррекцию офтальмологического компонента нарушений при СДС.

26.11.2014 подиатр констатировал выраженный отек левой стопы, что расценено как рецидив артропатии Шарко. Вновь рекомендовано ограничить нагрузку на левую НК.

23.12.2014 по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) левой стопы, после ампутации 2 пальца левой стопы выявлены явления артроза плюснефаланговых сочленений, голеностопного сустава, пяточная шпора.

24.12.2014 констатирована высокая разница температуры кожи стоп, при стойком отеке конечности слева. Рекомендовано ношение компрессионного трикотажа на левой НК при использовании ортеза. Передвижение разрешено осуществлять посредством костылей с исключением опоры на левую стопу.

26.01.2015 отмечено уменьшение отека левой стопы, при отсутствии в целом каких-либо дефектов на стопах. На приемы больной пребывал в ортезе и на костылях. Разница температуры в стопах уменьшилась, пульсация сосудов сохранена. На ультразвуковом дуплексном сканировании вен НК патологии не выявлено. Рекомендовано: использование ортеза и передвижение с

костылем, постепенное увеличение нагрузки на стопу, МРТ- контроль в марте 2015.

09.02.2015 сохранение отечности левой. Проведена коррекция содержания терапии. Рекомендовано использование ортопедической обуви и костылей.

26.02.2015 больной экстренно доставлен бригадой скорой медицинской помощи в один из стационаров города с диагнозом направления: сахарный диабет I типа. Декомпенсация. Гипогликемия от 25.02.2015г (потеря сознания, уровень гликемии – 2,5 ммоль/л). После выписки из стационара 12.03.2015 действие листка временной нетрудоспособности продлено до 20.03.2015. К лечению привлечен дерматолог в связи с выявленным микотическим поражением кожи стоп. По 07.04.2015 МП оказывалась в ГП с 23.03.2015 по 03.04.2015 в дневном стационаре.

1.04.2015 подиатром обращено внимание на выраженный отек левой стопы, крайне высокую разницу температуры кожи стоп. Установлено, что в течение последнего месяца больной, использует ортопедическую обувь и значительно увеличил двигательную нагрузку. По данным МРТ (25.03.2015) выявлен трабекулярный отек костного мозга, плюсневых и предплюневых костей, отек мягких тканей левой стопы, что манифестировало активную стадию артропатии Шарко. Осуществлена иммобилизация левой НК посредством ортеза. Рекомендовано использование костылей с ограничением нагрузки на левую стопу, ведение дневника измерения температуры стоп. Контрольный осмотр назначен через месяц.

С 09.04.2015 по 30.04.2015 пациент неоднократно консультирован эндокринологом и подиатром. Жалоб больной не предъявлял, а на прием прибывал в ортезе, используя костыли. Отек стоп и температурная разница на их коже уменьшились. Пульсация сосудов на стопах определялась четко. Дневник измерения температуры больной не вел. Рекомендовано строгое соблюдение диеты, ведение дневника контроля температуры, ежедневному осмотру и уходу стоп. Обеспечен инсулином.

8.06.2015 больной жалоб не предъявлял. Периодически проявлял двигательную активность в ортезе, иногда используя ортопедическую обувь. Левая стопа не отекала. Целеноправленного мониторинга температуры стоп пациент не осуществлял. Разница в температуре кожи стоп уменьшилась. Пульсация сосудов НК сохранена.

На приемах эндокринолога 11.06.2015, 03.07.2015, 3.08.2015 пациент жалоб не предъ-

являл. Он снабжался льготными рецептами на получение инсулина, тест-полосок, скарификационных игл. Рекомендовалось соблюдение диеты, целенаправленный осмотр и уход за стопами.

26.08.2015 пациенту Ф. выдана документ удостоверяющий его статус инвалида. Разъяснен порядок переосвидетельствования в плане медико-социальной экспертизы.

Тем не менее больной обратился с жалобами в ряд административных инстанций, обвиняя сотрудников медицинских организаций в несвоевременности оказания ему медицинской помощи и предоставления её в ненадлежащем качестве. Пациент предъявлял претензии к специалистам, которые, по его мнению, не смогли предотвратить развитие возникших осложнений СД и не обеспечили своевременную оценку его нетрудоспособности на должном уровне экспертной оценке качества медицинской помощи.

Обсуждение

Разбирая данный случай нельзя не учитывать ряд моментов. Очевидно, что пациент находился под наблюдением многих врачей амбулаторно-поликлинического звена медицинского обеспечения населения (участкового терапевта, эндокринолога хирурга и др.), регулярно консультировался сотрудниками диабетического центра, ему оказывалась МП специалистами стационаров. На амбулаторном этапе оказания МП частота исследований крови пациента на содержания гликированного гемоглобина и мочи на микроальбуминурию не соответствовала таковой, изложенной в рекомендациях современных регламентирующих документов. Несмотря на явную декомпенсацию СД, инсулинотерапия проводилась не вполне корректно. У больных СД, нередко, отмечаются явления энцефалопатии, что, нередко, вызывает необходимость направлять таких пациентов на неоднократное обучение в специальные школы. Очевидно так же, что при осмотре в марте 2014 года тяжесть состояния больного оценена не адекватно. Заключение сформулировано формально, в том числе, и в отношении трудоспособности пациента, т.к. на следующий день больному пришлось удалить палец левой стопы.

При анализе данных о качестве терапии особое внимание привлекает воздержание от использования статинов, хотя нельзя не отметить невысокие показатели уровня холестерина, что могло ввести врачей в заблуждение относительно необходимости применения данных препаратов. Можно считать несколько опрометчивым

риск специалистов стационара, решившихся на выполнение хирургического вмешательства пациенту с показателями глюкозы крови, превышающими 20 ммоль/л (при таких параметрах операции должны проводиться только по жизненным показателям).

Нельзя исключить, что эти недостатки оказания МП пациенту могли влиять на течение заболевания. Вместе с тем, известно, что сахарный диабет – заболевание нерегрессирующее. У многих больных СД, несмотря на адекватную терапию, отмечаются осложнения и риски, наблюдаемые и у данного пациента. Утверждать о прямой связи отмеченных дефектов с состоянием пациента, очевидно, нет оснований.

При оценке качества МП по В.Ф. Чавпецову и соавт., 2007 (как по профилю «хирургия», так и по профилю «эндокринология»), на амбулаторно-поликлиническом этапе, ненадлежащим его можно градировать лишь в пределах II класса. На стационарном этапе качество оказания хирургической помощи может быть оценено как ненадлежащее II класса, а эндокринологической – как ненадлежащее III класса. На этапе лечения пациента Ф. в диабетическом центре качество оказания МП, несомненно, – надлежащее.

В целом многочисленные обращения пациента в административные инстанции (органы управления здравоохранением, прокуратуру, росздравнадзора, и др.) с жалобами на ненадлежащее качество оказания МП можно признать обоснованными лишь отчасти, как нельзя, несомненно, не признать и несколько безответственное отношение самого больного к собственному здоровью. Проведенный анализ ситуации в отношении медицинской части оказания МП пациенту позволяет убедиться в том, что ненадлежащим её качество может быть признано в пределах оценки, определенно свидетельствующей об отсутствии последствий для состояния здоровья больного.

Заключение

Обследование и лечения больных с язвенно-некротической формой СДС содержит в себе ряд лечебно-диагностических мероприятий. Случаи не обоснованных подходов к осуществлению МП больным гнойно-некротической формой СДС отмечаются не редко. Сохраняются затруднения при выборе тактики лечения таких пациентов. Больные СД составляют многочисленную группу, а специалистам медицинских организаций часто приходится устранять как технологические, так и организа-

ционные проблемы предоставления МП таким пациентам. Успешность лечения больных СДС во многом определяется от действий медицинских работников, участвующих в лечебно-диагностическом процессе. В лечении больных СД, осложненным гнойно-некротическими формами СДС, должен соблюдаться мультидисциплинарный подход. Преимущество и коррекция лечения данной категории больных во многом зависит от квалифицированной деятельности специалистов первичного звена оказания МП. Взаимодополняется деятельность сотрудников специализированных центров и медицинских организаций амбулаторно-поликлинического этапа медицинского обеспечения населения. Динамическое наблюдение за пациентами эндокринологов со своевременной коррекцией уровня сахара крови – необходимый компонент достижения эффективности лечения больных СД. Важное значение должно придаваться доверительным взаимоотношениям медицинских работников и пациента. У больных СД в качестве сопутствующего осложнения основного заболевания нередко оказывается энцефалопатия. В связи с этим особое внимание необходимо обращать на тактичное разъяснение больным рисков возможных осложнений СД. Несомненно, что применяя мультидисциплинарные подходы можно существенно повысить эффективность качества оказания МП больным осложненными формами СД, а так же снизить вероятность обращений пациентов и их представителей с претензиями в медико-социальные и политико-административные инстанции.

Литература

1. *Анциферов М.Б.* Инициация терапии с использованием инсулиновой помпы у больных сахарным диабетом типа 1 / М.Б. Анциферов, О.М. Котешкова, С.А. Клейменова // Фарматека. 2011. – № 3. – С. 30-37.
2. *Бегма А.Н.* Патогенетические аспекты лечения дистальной периферической полиневропатии у больных сахарным диабетом / А.Н. Бегма, И.В. Бегма // Фарматека. 2011. – № 3. – С. 56-59.
3. *Грекова Н.М.* Хирургия диабетической стопы / Н.М. Грекова, В.Н. Бордуновский-М.: Медпрактика-М, 2009. – 188 с.: ил.
4. *Гольбрайх В.А.* Перспективы лечения больных с синдромом диабетической стопы / В.А. Гольбрайх, С.В. Старков // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2003. – Т. 162. – № 4. – С. 113-116.
5. *Дедов И.И.* Синдром диабетической стопы: пособие для врачей / И.И. Дедов, Г.Р. Галстян, А.Ю. Токмакова. М., 2003. – 112 с.

6. *Дедов И.И.* Диабетическая стопа / И.И. Дедов, О.В. Удовиченко, Г.Р. Галстян. М.: Практическая медицина, 2005. – 175 с.

7. *Дибиров М.Д.* Хирургическое лечение осложнений диабетической ангиопатии / М.Д. Дибиров, Б.С. Брискин. М., 2001. – 327 с.

8. *Диабетические макроангиопатии: методы восстановления кровотока / Д.В. Черданцев, Л.П. Николаева, А.В. Степаненко, Е.П. Константинов // Успехи современного естествознания. 2010. – № 1 – С. 95-99.*

9. *Лохвицкий С.В.* Хирургия гнойной раны стопы / С.В. Лохвицкий, Ж.К. Исмаилов, Е.С. Морозов // Хирургия. 2001. – № 3. – С. 34-35.

10. *Липин А.Н.* Способы коррекции нарушений иммунитета у больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы / А.Н. Липин, А.Б. Белевитин, В.О. Срабионов // Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2008. – № 4. – С. 19-23.

11. *Мачехин П.В.* К вопросу об эпидемиологии синдрома диабетической стопы / П.В. Мачехин // Амбулаторная хирургия. 2007. – № 4. – С. 137-138.

12. *Павлова М.Г.* Синдром диабетической стопы / М.Г. Павлова, Т.В. Гусов, Н.В. Лаврищева // Трудный пациент. 2006. – № 1. – С. 25-28.

13. *Павлов Ю.Л.* Распространенность синдрома диабетической стопы (СДС) и медико-социальная характеристика пациентов / Ю.И. Павлов // Международный симпозиум «Диабетическая стопа», 1-2 июня 2005 г. М., 2005. – С. 19.

14. *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.

15. *Удовиченко О.В.* Диабетическая стопа: руководство для врачей / О.В. Удовиченко, Н.М. Грекова. М.: Практическая медицина, 2010. – 272 с.

16. *Boulton A.J.* Diabetic somatic neuropathies / A.J. Boulton, R.A. Malik, J.C. Arezzo // Diabetes Care. 2008. – Vol. 27. – P. 1458-1486.

17. *Chin C.H.* The Diabetic Foot: Epidemiology, Risk Factors, and Standards of Care / C.H. Chin, J.M. Boulton // General Surgery. 2009. – № 10. – P. 1867-1876.

18. *Jeffcoate W.J.* Assessing the outcome of the management of diabetic foot ulcers using ulcer-related and person related measures / W.J. Jeffcoate, S.Y. Chip-chase, P. Ince // Diabetes Care. 2006. – Vol. 29. – P. 1784-1787.

19. *Loredo R.A.* Medical imaging of the diabetic foot / R.A. Loredo, G. Garcia, S. Chhaya // Clinics in podiatric medicine and surgery. 2007. – Vol. 24. – № 3. – P. 397-424.

20. Marks R.M. Gait abnormality following amputation in diabetic patient / R.M. Marks, J.T. Long, E.L. Exten // Foot and ankle clinics. 2010. – Vol. 15. – № 3. – P. 501-507.

21. Weigelt J.I. Diabetic foot infections: diagnosis and management / J.I. Weigelt // Surgical Infection (Larchmt). 2010. – Vol. 11. – № 3. – P. 295-298.

Р.Б. Исхаков

E-mail: renat_iskhakov@bk.ru

К.Н. Мовчан, Р.Б. Исхаков, А.В. Коваленко, К.И. Русакевич. Неоднозначная оценка качества оказания медицинской помощи пациентом и специалистами при осложнениях синдрома диабетической стопы // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета. – 2017. – Т. 9. – № 3. – С. 121-126.

THE MEDICAL AND LEGAL ASPECTS OF EFFECTIVENESS EVALUATION OF THE EXAMINATION AND TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF DIABETIC FOOT IN PATIENTS DISSATISFIED WITH THE QUALITY OF MEDICAL CARE PROVIDED

K.N. Movchan¹, R.B. Iskhakov², A.V. Kovalenko³, K.I. Rusakevich⁴

¹ North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov,

² Municipal polyclinic № 8,

³ Leningrad Region Clinical Hospital,

⁴ First SPb State Medical University named after acad. I.P. Pavlov,
Saint-Petersburg, Russia

Abstract. Medical care quality assessment in patients suffering from ulcerous-necrotic forms of diabetic foot is a rather problematic question, especially in cases of negative disease outcome. Patients fighting against diabetes mellitus and its complications for saving their lives occasionally not only criticize the healthcare organization without a good cause but use civil law procedures, bringing in an indictment accusing healthcare practitioners of unsuitable medical care. The article discusses deontological aspects of providing medical care to patients with diabetic foot dissatisfied with the quality of examination and treatment in healthcare providing institutions. It also demonstrates the medical and legal conflict which arose due to medical care quality assessment in a patient with complicated form of diabetic foot who regularly was consulted and was under the care of different health care practitioners as an in-patient so as an out-patient. The article illustrates that important factors in successful treatment of patient with diabetes mellitus are professional engagement and interaction between healthcare providers of specialized centres and healthcare practitioners at the out-patient stage as well as case follow-up with suitable and well-timed correction of glucemia. Special attention should be given to doctor-patient cooperation. Only a multidisciplinary approach offers the possibility to improve the quality of medical care provided to patients with complicated forms of diabetic foot and to reduce the frequency of complaints to different medical, social and politico-administrative authoritative bodies.

Keywords: quality of medical care, quality assessment of medical care, diabetic foot.

Authors

R.B. Iskhakov

E-mail: renat_iskhakov@bk.ru

K.N. Movchan, R.B. Iskhakov, A.V. Kovalenko, K.I. Rusakevich. The medical and legal aspects of effectiveness evaluation of the examination and treatment of complicated forms of diabetic foot in patients dissatisfied with the quality of medical care provided // Herald of the Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov. – 2017. – Т. 9. – № 3. – P. 121-126.