

- health policy / M.H. Brenner // International journal of Health services.-1977.- Vol. 7.- P. 581-623.
7. Campbell D.T. Convergent and discriminant validation by thee multitrait – multymethod matrix / Campbell D.T., Fiske D.W. // Psychological Bulletin.- 1959.-Vol. 56.-P.81-105.
8. Cella D.F. Quality of life outcomes: measurement and validation / D.F. Cella // Oncology. – 1996.-Vol. 11.-P. 233-246.
9. Cella D.F. 61Quality of life: the concept / D.F. Cella // Journal of Palliative Care.- 1992.- Vol.8, No3. -P.8-13.
10. Norms of SF-36 in a French adult population. Ecole de Sante Publique. UPRES EA 1124. Nancy. France / Briancon S., Empereur F., Guillemin F. [et al.] // J. Quality of life research.- 1998.- Vol. 7.
11. Overview of adult health status measures fielded in RAND's Health Insurance Study / Brook R.H., Ware J.E., Davies-Avery A. [et al.] // Med Care.- 1979.- Vol. 17 (Suppl. 7).- P. 1-131.
12. Tests of scaling assumptions and construct validity of the Chinese (HK) version of the SF-36 health survey / Cindy L.K. Lam, Barbara Gandek [et al.] // J. Clin. Epidemiol.-1998.- Vol. 51.-No11.-P. 913-923.
13. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure / Celli D.F., Tulsky D.S., Gray G. [et al.] // J. Of Oncol.- 1993.- Vol. 11.- P. 570-579.
14. Translating Health Status Questionnaires and Evaluating Their Quality: The IQOLA Project Approach / Bullinger M., Alonso J., Apolone G [et al.] //J. Clin. Epidemiol.-1998.-Vol. 51.-No11.-P. 913-923.

М.В. Лядова

КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА

УДК 616-082.4

Произведен подробный анализ карт вызовов и сопроводительных листов медицинской «скорой помощи» (СМП) за период с сентября 2012 по июль 2013 г., доставившей пациентов травматологического профиля с повреждениями опорно-двигательного аппарата различной локализации в приемное отделение ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова.

Проведена оценка качества оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе, выполнения лечебно-диагностических мероприятий в соответствии со стандартами оказания СМП. Рассматривался этап выявления дефектов оказания СМП: организации, диагностики, лечения. Проводилась оценка влияния объективных факторов на процесс и результат оказания медицинской помощи. Выполнен анализ своевременности и правильности установки диагноза СМП.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, качество медицинской помощи, травма, догоспитальный этап.

The detailed analysis of the call cards and the accompanying ambulance sheets of patients, which were taken to the state hospital No1, Emergency Department, during the period from the September 2012 to the July 2013, was done in this article. It is devoted to the investigation of the patients of trauma profile with injuries of the musculoskeletal system of different localization.

The assessment of the quality of the medical care at the pre-hospital stage was based on the following features: the level of the care rendering, the compliance with emergency care standards, accuracy, timeliness, validity, sufficiency, and adequacy. The next stage was to detect the defects in rendering of emergency medical care: organization, diagnostics, and treatment. After that, the assessment of the influence of the different factors on the process and results of medical assistance was done. The timeliness and correctness of diagnosis installing were analyzed.

Keywords: emergency medical care, quality of medical care, trauma, pre-hospital stage.

Современный мегаполис отличается тем, что в нем возможны ситуации, когда травму одновременно получает более 10 чел. (массовые ДТП, драки и др.), что требует четкости в работе бригад «скорой помощи». Так, согласно статистическим данным, вероятность развития таких событий в мегаполисе достигает 7 случаев в месяц. Относительная частота чрезвычайных ситуаций в расчете на население мегаполиса составляет 17,5 случаев на 1 млн. жителей в год. Абсолютное их большинство (85,0%) связано с дорожно-транспортными происшествиями и пожарами [2]. При этом работа СМП в условиях мегаполиса сопряжена с многочисленными трудностями: загруженностью автомагистралей, удаленностью места происшествия от крупных стационаров, большим количеством вызовов при ухудшении погодных условий. Частота летальных исходов

на догоспитальном этапе находится в прямой зависимости от качества оказания помощи на этом этапе. Догоспитальная помощь должна быть тем более квалифицированной и полной, чем больше времени занимает транспортировка пострадавшего от места происшествия до больницы, что особенно актуально в условиях крупного мегаполиса [4].

Нами произведен подробный анализ карт вызовов и сопроводительных листов медицинской «скорой помощи» (СМП) за период с сентября 2012 по июль 2013 г., доставившей в приемное отделение ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова пациентов травматологического профиля с повреждениями опорно-двигательного аппарата различной локализации. Всего проанализировано 350 сопроводительных листов и карт вызовов СМП с распределением поступивших по полу, возрасту,

обстоятельствам травмы, времени доставки пациентов в стационар с момента получения вызова и в зависимости от времени суток.

По полу и возрасту пациенты распределились следующим образом (рис.1).

Среди возрастных групп преобладают группы лиц мужского пола 35-39 лет и женского пола старше 70 лет. Пациенты пожилого возраста доставлены в

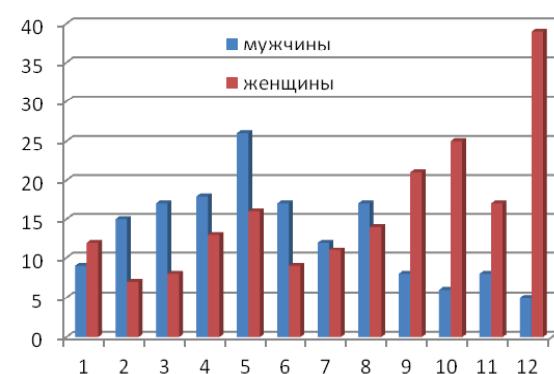


Рис. 1. Распределение больных по возрастным группам (лет) и полу: 1 – 15-19, 2 – 20-24, 3 – 25-29, 4 – 30-34, 5 – 35-39, 6 – 40-44, 7 – 45-49, 8 – 50-54, 9 – 55-59, 10 – 60-64, 11 – 65-69, 12 – 70 и более лет

ЛЯДОВА Мария Васильевна – к.м.н., врач травматолог-ортопед 26-го травм. отделения ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова (г. Москва), mariadoc1@mail.ru.

основном с диагнозом перелом проксимального отдела бедренной кости. Этот диагноз, установленный СМП, был подтвержден в стационаре рентгенологически в 98,6% случаев.

Среди доставленных пациентов жители Москвы составили 71,2%, Московской области – 8,4, жители других городов РФ – 11,3, стран СНГ – 6,3, других государств – 1,4, лица без определенного места жительства – 1,4%.

По обстоятельствам травмы уличная травма находится на первом месте, что в значительной мере связано с погодными условиями: гололед, дождь и др. (рис.2). Далее следует травма в результате ДТП (дорожно-транспортное происшествие), из числа пострадавших пассажиры составили 18,0%, водители – 23,0, пешеходы – 59,0%. Третье место по обстоятельствам травмы занимает травма в результате падения с высоты собственного роста в быту. В преобладающем большинстве случаев травму в быту получили лица пожилого возраста, а также лица, находящиеся в состоянии алкогольного опьянения.

В зависимости от времени суток 23,0% пациентов были доставлены в утренние часы, 31,0 – в дневное время, 32,0 – вечером и 14,0% – ночью. Большая часть пациентов доставлялась в вечернее и дневное время суток, однако необходимо отметить, что 25% пострадавших, доставленных в утренние и дневные часы, травму получили в вечернее и ночное время за день или за несколько дней до поступления.

Оценка качества оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе проводилась следующим образом: информационно-аналитический этап включал анализ данных медицинских документов, выявлялась правильность ведения и оформления медицинской документации. Использовались критерии: хорошее качество ведения, удовлетворительное, неудовлетворительное. Производилась оценка качества выполнения лечебно-диагностических мероприятий в соответствии со стандартами оказания скорой медицинской помощи. Использовались следующие критерии: правильность, своевременность, обоснованность, достаточность, адекватность. Далее рассматривался этап выявления дефектов оказания СМП: организация, диагностика, лечение. Затем проводилась оценка влияния объективных факторов на процесс и результат оказания медицинской помощи. В основу оценки взят алгоритм

«экспертной оценки медицинской помощи больным хирургического профиля при неблагоприятном исходе оказания медицинской помощи», предложенный А.В. Татаринцевым и соавт. [3].

Хорошее качество ведения медицинской документации подразумевало: четкое указание сведений о больном, отсутствие технических дефектов в оформлении сопроводительных листов (нечитабельный почерк, исправления); заполнение всех указанных пунктов, включая сведения об обстоятельствах травмы, месте происшествия, времени происшествия, времени доставки в стационар и принятия вызова, а также сведений о проведении медицинских манипуляций;

грамотная формулировка диагноза. Из 350 сопроводительных листов хорошее качество ведения медицинской документации было в 265 листах (76,0%). В 71 сопроводительном листе (20,0%) качество ведения оценено как удовлетворительное. При этом отсутствие анамнестических данных обстоятельств травмы было в 11 случаях, о месте происшествия – в 13, наличие технических дефектов – в 29, отсутствие сведений о времени доставки в стационар – в 5, частичное отсутствие сведений о медицинских манипуляциях (нет указания на цифры АД, наличие иммобилизации) в 13 случаях. Ведение документации мы оценивали как неудовлетворительное, когда имелись грубые нарушения в формулировке диагноза (7 случаев), зачеркивания и исправления (2), полное отсутствие сведений о медицинских мероприятиях и анамнестических данных (3), грубые искажения сведений о пациенте (2 случая). Всего неудовлетворительное ведение медицинской документации выявлено в 14 случаях, что составило 4,0%.

Одним из показателей качества ра-

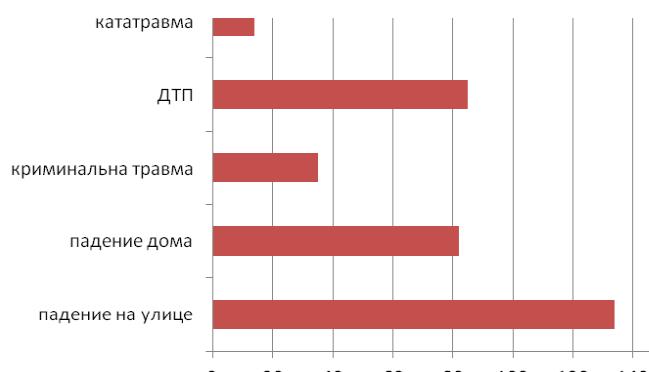


Рис. 2. Распределение пациентов по обстоятельствам травмы

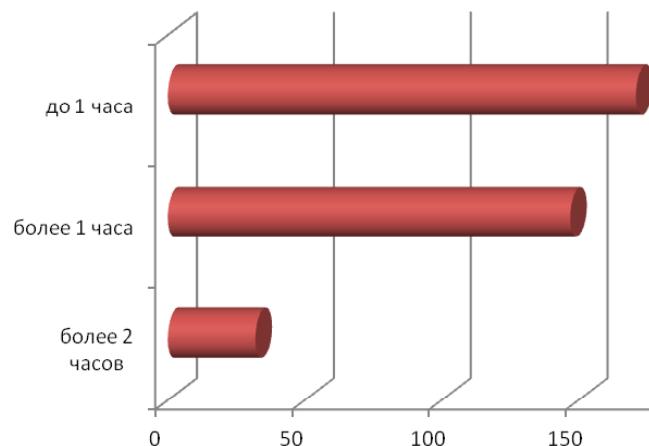


Рис. 3. Время доставки пациентов в стационар с момента получения вызова

боты СМП являются своевременность выезда бригады после принятия вызова и время, затраченное на его обслуживание [1].

Время доставки пациентов с момента получения вызова до стационара показано на рис.3. Как видно на рисунке, большая часть пациентов доставлена в больницу более чем через 1 ч с момента вызова СМП. При этом время выезда бригады с момента получения вызова составило: до 5 мин – 176 случаев (50,0%), от 5 до 15 мин – 111 (32,0), более 30 мин – 63 случая (18,0%).

Длительность доставки была обусловлена следующими причинами: время затрачено линейной бригадой на манипуляции (установка внутривенной инфузии, иммобилизация конечности, коррекция артериального давления) – 59 случаев, удаленность места происшествия от стационара – 18 (так, с территории Новой Москвы доставлено 12 пациентов), вызов СМП из других медицинских учреждений (психиатрических больниц, поликлиник, травматологических пунктов, других ЛПУ) для перевозки в стационар – 52, загружен-

ность бригад СМП по причине большого количества вызовов – 34 случая.

Одним из важных показателей качества медицинской помощи является своевременное и правильное установление диагноза. По нашим данным, из 350 пациентов 255 (73,0%) диагноз работниками СМП был установлен правильно, расхождение в диагнозе в сторону гипердиагностики было в 65 случаях (19,0%), гиподиагностики – в 20 (5,0%), полное расхождение диагноза – в 10 случаях (3,0%).

Из 350 доставленных в приемное отделение пациентов госпитализировано в стационар 163, из них 17 чел. отказались от предложенной госпитализации при наличии показаний. Таким образом, из 350 чел., доставленных СМП в приемное отделение стационара, показания для госпитализации имелись лишь у 51,2% пострадавших. У 213 пациентов диагностирована травма, не требующая госпитализации. Этой группе пациентов при более точной догоспитальной диагностике медицинская помощь могла быть оказана на уровне травматологического пункта, что в значительной степени снижает загруженность стационара и экономически выгодно. Это связано с дефектами диагностики не только на уровне фельдшера или врача СМП, но и на уровне амбулаторно-поликлинического звена. Так, 35 чел. (10,0%) были доставлены по наряду из травматологических пунктов, якобы с наличием переломов, требующих госпитализации, при этом у 17 пациентов костно-травматических изменений при рентгенологическом исследовании не выявлено, у 10 выявлены переломы без смещения костных отломков, не требующих госпитализации, у 8 пациентов травма отсутствовала, они нуждались в наблюдении ортопеда по месту жительства в связи с хроническими заболеваниями костно-мышечной системы. В 8 случаях (2,2%) бригада СМП доставила в стационар пациентов из общественных мест с осаднениями конечностей различной локализации в состоянии алкогольного опьянения.

Другим показателем качества являются своевременность и полноценность лечения. Основными стандартами для лечения больных на этапе оказания скорой медицинской помощи являются: обезболивание, иммобилизация поврежденной конечности, инфузионная терапия при шокогенной травме, контроль показателей гемодинамики. Обезболивание проводилось у 72,0% доставленных в стационар, от введения анальгетиков отказалось

2,0% пациентов. Среди обезболивающих средств на догоспитальном этапе у 38,5% пациентов использовались ненаркотические анальгетики, в основном использовались анальгин и кеторол. Опиоидные анальгетические средства были применены у 49,0% пациентов. Среди них применялись трамал или трамадол. У 12,5% пациентов использованы наркотические анальгетики морфин или фентанил. Введение наркотических анальгетиков осуществлялось внутримышечно или внутривенно. Следует заметить, что использование трамадола у пациентов пожилого возраста приводило к нежелательным последствиям, таким как гипотония, тошнота, рвота, выраженное головокружение. Трамадол был использован у таких пациентов (старше 65 лет) в 24,0% случаев.

Иммобилизация конечностей при костной травме выполнена 95,0% пациентов, которые в ней нуждались, что связано с введением более удобных материалов для ее обеспечения (рис.4).

Цель инфузионной терапии при травме на догоспитальном этапе – не столько возмещение кровопотери, сколько поддержание гемодинамики в пределах, препятствующих развитию шока и обеспечивающих достаточное насыщение тканей кислородом [5]. Инфузионная терапия в машине СМП проводилась 41 пациенту. У 7 больных инфузионная терапия не проводилась, хотя имелись показания: наличие травматического шока, переломы более двух сегментов.

Контроль артериального давления у лиц старше 60 лет проведен в 97,0% случаев, что является хорошим показателем.

Критерием качества работы также является удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помощью. Этот показатель оценивается исходя из своевременного приезда машины, качества помощи, личностных характеристик сотрудников СМП. Опрос был проведен среди 250 пациентов. Положительно оценили работу «скорой помощи» 78,0% респондентов, 8,0 – отметили длительность ожидания машины СМП, 14,0% затруднились ответить.

Таким образом, работа СМП в условиях мегаполиса сопряжена с многочисленными трудностями: загруженностью автомагистралей, удаленностью места происшествия от



Рис. 4. Методы иммобилизации переломов при оказании СМП с использованием облегченных материалов

крупных стационаров, большим количеством вызовов при ухудшении погодных условий. Особенность работы СМП в условиях мегаполиса – это возникновение ситуаций, когда травму одновременно получает более 10 чел. (массовые ДТП, драки и др.). На основании статистических данных основной проблемой в работе СМП является несовершенство в работе амбулаторно-поликлинического звена, отсутствие системы наблюдения за больными с хронической патологией, недостаточная квалификация врачей травматологических пунктов, что ведет к дополнительной нагрузке на СМП. Однако в условиях мегаполиса для оказания догоспитальной помощи больным травматологического профиля важным вопросом остается оснащение бригад «скорой помощи» современными облегченными материалами для иммобилизации, достаточным количеством средств для инфузионной терапии, проведения обезболивания, что в значительной степени определяет качество оказания догоспитальной помощи и позволяет снизить летальность при тяжелой травме.

Литература

- Габибулаев Ф.А. Качество скорой и неотложной медицинской помощи городскому населению. / Ф.А. Габибулаев // Здравоохранение РФ. – 2010. -№5. – С. 29-32.
- Gabibulaev F.A. Kachestvo skoroi i neotlozhnoj medicinskoj pomoshchi gorodskomu naseleniju / F.A. Gabibulaev. - Zdravoohranenie RF, 2010, №5. P.29-32.
- Сидоров М. Г. Оценка участия бригад скорой медицинской помощи в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций в Санкт-Петербурге в 2006–2007 гг. / М.Г. Сидоров, В.Н. Хирманов // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. - 2010. - №3. - С.23-27.
- Sidorov M.G. Ocenna uchastija brigad skoroi medicinskoj pomoshchi v likvidacii posledstvij chrezvychajnyh situacij v Sankt-Peterburge v 2006–2007 gg. [Mediko-biologicheskie i social'no-psihologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychajnyh situacijah], 2010, №3, pp. 23-27.

3. Татаринцев А.В. Экспертная оценка дефектов оказания медицинской помощи больным хирургического профиля по данным анализа основной медицинской документации / А.В. Татаринцев, Е.В. Баринов, П.О. Ромодановский: методич. рекомендации. – М., 2012. – 20 с.

Tatarincev A.V. Jekspertnaja ocenka defektov okazaniya medicinskoy pomoschi bol'nym hirurgicheskogo profilija po dannym analiza osnovnoj medicinskoy dokumentacii / A.V. Tatarincev, E.V.

Barinov, P.O. Romodanovskij Metodicheskie rekomendacii. – M., 2012, 20 p.

4. Филимонов Б.А. Стандартизация подхода к лечению тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмы в региональных лечебных учреждениях: автореф. дис. ...канд. мед. наук / Б.А. Филимонов. – М., 2000. – 24 с.

Filimonov B.A. Standartizacija podhoda k lecheniju tiazhelej sochetannoj cherepno-mozgovoj travmy v regional'nyh lechebnyh uchrezhdenijah.

[Avtoref. na soiskanie uchenoj stepeni kand. med. Nauk] / B.A. Filimonov. - M., 2000, 24 p.

5. Эртуханов М.С. Оказание первой помощи при тяжелой травме на догоспитальном этапе / М.С. Эртуханов, А.К. Ревский // Здравоохранение РФ. - 2010. - №2 - С. 38-40.

Jertuhanov M.S. okazanie pervo pomoshhi prityazhelej travme na dogospital'nom jetape / M.S. Jertuhanov, A.K. Revsky. Zdravooohranenie RF, 2010, №2, pp. 38-40.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

М.М. Винокуров, Л.В. Булдакова, М.С. Тимофеева

МЕТОД ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ ПРИ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

УДК 616.149-008.341.1

Представлен анализ результатов использования эндоскопической склеротерапии (ЭС) у больных с портальной гипертензией (ПГ). Проведена оценка эффективности метода при лечении варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода в случае пищеводно-желудочного кровотечения и в планово-отсроченном порядке. Установлено, что ЭС ВРВ пищевода при ПГ является эффективным способом лечения и альтернативой открытым оперативным вмешательствам.

Ключевые слова: портальная гипертензия, цирроз печени, кровотечение, варикозное расширение вен пищевода и желудка, склеротерапия.

The article reviews the analysis of the results of endoscopic sclerotherapy (ES) in patients with portal hypertension (PH). The effectiveness of the method in the treatment of varicose veins (VV) of the esophagus in case of bleeding and delayed planned order was assessed. ES VV of esophagus in case of PH is an effective treatment and a good alternative to the "open" surgical interventions.

Keywords: portal hypertension, liver cirrhosis, bleeding, varicose veins of the esophagus and stomach, sclerotherapy.

Введение. Сегодня лечение и профилактика осложнений портальной гипертензии (ПГ) – актуальная проблема современной гепатологии. Увеличение заболеваемости циррозом печени (ЦП) сопровождается ростом числа кровотечений портального генеза. Течение ЦП у 70-90% больных осложняется развитием пищеводно-желудочного кровотечения, у 30% – в течение года с момента выявления [1, 2]. При первом эпизоде кровотечения летальность составляет около 50%, а частота развития рецидива, по разным данным – от 45 до 90% [5].

Высокий операционный риск, низкая выживаемость и плохая переносимость обширных хирургических вмешательств привели к необходимости поиска малоинвазивных методов лечения больных с кровотечением портального генеза. Эндоскопическую склеротерапию (ЭС) варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода впервые описали в 1939 г. С. Crawford и Р. Freckner. Но только в 70-х гг. XX века

Jonston, Raschke, Raquet опубликовали сведения, полученные в результате большого количества клинических наблюдений. С тех пор и было инициировано интенсивное внедрение в клиническую практику ЭС [4]. Но тем не менее, несмотря на многолетний опыт использования данной методики, в настоящее время не существует унифицированных схем ЭС с учетом возраста, характера заболевания, калибра и количества обрабатываемых вен, применяемого препарата.

Цель исследования – провести анализ результатов лечения больных ПГ с варикозным пищеводным кровотечением в условиях РБ №2-ЦЭМП с использованием эндоскопической методики – склерозирования.

Материал и методы исследования. С 2005 г. в условиях эндоскопического отделения РБ №2 – Центра экстренной медицинской помощи начали использовать методику ЭС при остановке и профилактике кровотечений из ВРВ пищевода у больных с ПГ. В настоящей статье представлен анализ результатов проведенного нами лечения данной категории больных методом склерозирования с 2005 по 2012 г. Всего лечению по данной методике подверглось 29 больных (11 мужчин и 18 женщин) с варикозной трансформацией вен пищевода при ПГ. Им вы-

полнено 74 сеанса ЭС: 16 (21,6%) по неотложным показаниям на фоне кровотечения 13 больным и 58 (78,4%) в планово-отсроченном порядке 16 пациентам. С целью профилактики первого эпизода кровотечения (3 наблюдения) проведено 14 (18,9%) манипуляций. У 14 больных, перенесших кровотечения ранее, с целью вторичной профилактики рецидива выполнено 44 (59,5%) сеанса ЭС. При эндоскопическом обследовании у 93,1% больных диаметр вен варьировал от 4 до 11 мм с узлами до 7-10 мм, протяженность от 5 до 70 мм. Такая картина соответствует III стадии ВРВ пищевода по А.Г. Шерчингеру. В основном ВРВ располагались в нижней и средней трети пищевода. Процедуры ЭС выполняли пациентам в возрасте от 26 до 76 лет, которые были разделены на несколько возрастных групп (табл.1). Так как исследо-

Таблица 1

Возраст больных и количество сеансов

Возраст, лет	Число больных	Количество сеансов
26-40	4	11
31-40	7	14
41-50	11	33
51-60	4	9
Старше 60	3	7
Всего	29	74

Медицинский институт СВФУ им. М.К. Аммосова: **ВИНОКУРОВ Михаил Михайлович** – проф., зав. кафедрой, mmv_mi@rambler.ru; **БУЛДАКОВА Лена Васильевна** – аспирант кафедры заочной формы обучения, nlv05@mail.ru; **ТИМОФЕЕВА Мария Семеновна** – студентка 4 курса лечебного факультета.