

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

В.В. Щедренко, И.В. Яковенко, С.В. Орлов, И.А. Симонова,
П.В. Красношлык, О.В. Могучая

*ФГУ «Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова»,
директор – д.м.н. И.В. Яковенко
Санкт-Петербург*

Проведена оценка качества медицинской помощи на различных ее этапах пациентам с сочетанной позвоночно-спинномозговой травмой в Санкт-Петербурге за 2007 год. Большинству пострадавших (74,8%) первая помощь была оказана службой скорой медицинской помощи. На догоспитальном этапе персоналом линейных и специализированных бригад позвоночно-спинномозговая травма не была диагностирована в 31,6–51,9% наблюдений. Причины дефектов диагностики на госпитальном этапе – недостаточное и несвоевременное обследование пациентов, недооценка тяжести травмы позвоночника и спинного мозга, что обусловлено поздним применением нейровизуализационных методов. Операции по поводу позвоночно-спинномозговой травмы проведены в 59 (8%) наблюдениях, из которых в 43 (73%) потребовалась фиксация позвоночника.

Ключевые слова: позвоночно-спинномозговая травма, качество медицинской помощи.

Medical care quality assessment for patients with vertebro-spinal-cord injury at different stages in St.-Petersburg during 2007 year was performed. The first aid in the most cases (74,8%) was rendered by emergency service. A vertebro-spinal-cord injuries were not diagnosed by a staff of line and special medical aid brigades in 31,6–51,9%. The causes of incorrect diagnostics at hospital stage: insufficient and delayed patient examination, underestimation of injury severity in consequence of delayed use of neuro-imaging methods. Surgical operations for vertebro-spinal-cord injuries were performed in 59 (8%) cases. 43 (73%) patients needed in vertebral fixation.

Key words: vertebro-spinal-cord injury, medical care vertebro-spinal-cord injury.

В связи с урбанизацией и механизацией жизни травматизм становится все более важной социально-экономической проблемой. Политравма по своей частоте, социальной значимости и исходам занимает существенное место в структуре нозологических форм, приводящих к гибели и стойкой утрате трудоспособности пациентов [1, 2, 7, 9, 12]. Повреждения позвоночника и спинного мозга в мирное время составляют от 1,5 до 4% всех травм. В последние годы отмечается значительный рост позвоночно-спинномозговой травмы, обусловленный дорожно-транспортными происшествиями, при которых преобладают сочетанные повреждения. Частота травмы позвоночника резко возрастает при техногенных и природных катастрофах и зависит от их вида, интенсивности и продолжительности. Хотя сочетанная травма позвоночника имеет небольшой удельный вес среди политравмы в целом, она наносит наибольший социальный ущерб за счет частого возникновения стойкой утраты трудоспособности [2, 6–8, 11, 15, 16]. В связи с этим вопросы качества медицинской помощи при

сочетанных повреждениях, одним из составляющих которых является позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ), в настоящее время весьма актуальны [5, 13, 14, 17].

Проведена ретроспективная оценка качества медицинской помощи на различных ее этапах 741 пациенту с сочетанной ПСМТ в Санкт-Петербурге за 2007 год. В ходе работы использованы методики неформализованной экспертизы, а также интегрированной оценки качества (ИОК) [3, 10, 14], наивысший балл которой составляет 1,0. Кроме того, проанализировано 9 жалоб на качество медицинской помощи при ПСМТ за 5 лет.

В литературе, касающейся вопросов оказания медицинской помощи пострадавшим с политравмой, лечебно-профилактические учреждения, куда поступают пострадавшие, подразделяют на травмоцентры I, II и III уровня в зависимости от степени оснащенности, системы работы, а также состава дежурной бригады и организации приема пациентов [2, 4]. В ходе проведенного исследования стационары, куда поступали больные, были разделены на травмоцентры

I и II уровня; травмоцентров, соответствующих III уровню, в Санкт-Петербурге нет.

К травмоцентрам первого уровня отнесены многопрофильные больницы с мощной диагностической базой, где в состав дежурной бригады входят специалисты различного профиля и имеются условия для оказания специализированной медицинской помощи при любых повреждениях. К травмоцентрам второго уровня – городские больницы с недостаточной диагностической базой (часто – отсутствием компьютерного томографа), где дежурят лишь анестезиолог-реаниматолог, хирург и травматолог, а для оказания адекватной помощи при целом ряде состояний необходим вызов специалиста-консультанта.

Среди пострадавших преобладали мужчины (68,2%, $p < 0,05$), лица молодого возраста (удельный вес группы в возрасте от 18 до 30 лет составил 29,7%). По обстоятельствам повреждений преобладали кататравма (46,8%) и дорожно-транспортные происшествия (34,4%), при которых пациенты в подавляющем большинстве были пешеходами. У всех пострадавших имело место сочетание ПСМТ и черепно-мозговой травмы (ЧМТ) различной тяжести. Кроме травмы головы и позвоночника у части пациентов диагностированы повреждения и других анатомических областей. Доминировали ПСМТ (36,6%) и ЧМТ (34,4%), далее следовали закрытая травма груди (17%), живота (5,4%), таза (3,5%) и конечностей (3,1%).

Преобладали повреждения грудного (32,1%) и поясничного отделов (30,4%) позвоночника, несколько меньше была доля пострадавших с травмой шейного отдела (26,5%). Травма нескольких отделов позвоночника составила 11%, в том числе грудного и поясничного (5,5%), шейного и грудного (5,1%), шейного и поясничного (0,3%) и всех отделов (0,1%). Почти у половины больных (49,7%) повреждения позвоночника были неосложненными.

Большинству пострадавших с сочетанной ПСМТ (74,8%) первая помощь была оказана службой скорой медицинской помощи (СМП). В системе службы СМП Санкт-Петербурга организованы специализированные и линейные (врачебные, фельдшерские) бригады. Следует отметить, что персонал всех бригад испытывал трудности при диагностике повреждений позвоночника. Специализированные бригады оказали помощь наиболее тяжелым пострадавшим с ПСМТ, при этом повреждение позвоночника не было диагностировано более чем у половины пациентов (51,9%). Это объясняется, в первую очередь, тяжестью общего состояния пострадавших и недооценкой обстоятельств травмы. У пострадавших с подозрением на повреждение

шейного отдела позвоночника в 15% наблюдений не была выполнена иммобилизация, что связано с организационными проблемами (в частности, отсутствием в стационарах обменного фонда шейных ортезов). Показатель ИОК диагностики был невысок и составил 0,76. Показатель ИОК лечения оказался несколько выше за счет синдромального подхода и достигал 0,87. Подавляющее большинство пострадавших доставили в травмоцентры I уровня.

Линейными врачебными бригадами травма позвоночника не была диагностирована почти в трети наблюдений (31,6%). Пострадавшим, у которых заподозрено повреждение шейного отдела позвоночника, в 9% наблюдений не была выполнена иммобилизация. Показатели ИОК диагностики и ИОК лечения были ниже, чем у специализированных бригад и составили соответственно 0,72 и 0,73. Линейными фельдшерскими бригадами был обслужен наиболее легкий контингент пострадавших, однако у 35% пациентов диагноз ПСМТ не был установлен и еще у 80% больных с установленным повреждением шейного отдела позвоночника не выполнили иммобилизацию. Показатели ИОК диагностики и ИОК лечения составили по 0,75. Линейные бригады доставляли пострадавших в травмоцентры как I, так и II уровня.

Исследование показало, что на догоспитальном этапе имеется возможность повышения качества медицинской помощи за счет обучения персонала вопросам диагностики и лечения сочетанной ПСМТ, а также решения организационных вопросов, в частности, оснащения стационаров обменным фондом шейных ортезов.

Среди госпитализированных с ПСМТ 83% больных получили лечение в травмоцентрах I уровня и 15% пострадавших – в травмоцентрах II уровня. В научно-исследовательские институты и госпитали были доставлены 2% больных.

В травмоцентрах I уровня контингент пострадавших был значительно тяжелее, травматический шок зафиксирован более чем у половины поступивших (58%). В травмоцентрах II уровня лишь у каждого пятого больного диагностирован травматический шок (20,5%). Тяжесть состояния пациентов определялась также числом поврежденных анатомических областей. У 69% поступивших в травмоцентры I уровня имело место повреждение более двух анатомических областей, а у госпитализированных в травмоцентры II уровня такие травмы отмечались лишь в 33% случаев. В тяжелом и крайне тяжелом состоянии в травмоцентры I уровня поступили 35% пациентов, и у 41% из них имело место нарушение сознания. В травмоцентры II уровня поступили только 27% пострадавших в тяжелом и крайне тяжелом

состоянии, и нарушение сознания было зафиксировано у 11% больных. Больничная летальность в травмоцентрах I уровня составила 24,5%, II уровня – 5,5%. По Санкт-Петербургу в целом больничная летальность среди пострадавших с сочетанной ПСМТ была равна 21,6%.

Показатель ИОК диагностики во всех стационарах был невысок и колебался в пределах 0,80–0,84. Причины дефектов диагностики состояли в недостаточном и несвоевременном обследовании пациентов (14,2%), а также недооценке тяжести травмы позвоночника и спинного мозга (8,6%). Это было обусловлено, прежде всего, поздним применением нейровизуализационных методов и отсутствием надлежащей аппаратуры.

Оперативные вмешательства на различных анатомических областях, в том числе и на голове, были предприняты у 34% пострадавших. Хирургическая активность составила 50,3%.

Операции по поводу ПСМТ проведены 59 (8%) пациентам, 43 (73%) из которых потребовалась фиксация позвоночника. Чаще всего осуществляли транспедикулярную фиксацию позвоночника (20) или фиксацию компрессионно-дистракционными крючками (13), реже использовали наложение пластины на переднюю поверхность позвонков (6), сочетание передней и задней фиксации (2), конструкции из никелида титана и кейджей (по 1 наблюдению). Все эти вмешательства были выполнены за счет средств пациентов, вследствие чего происходила задержка операции. Если бы хирургическое лечение можно было осуществить за счет квот, оно было бы выполнено в более ранние сроки. В настоящее время, согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 декабря 2008 г. № 786н «О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание в 2009 г. высокотехнологичной медицинской помощи гражданам РФ за счет ассигнований федерального бюджета», только вмешательства при поражениях межпозвоночных дисков с применением эндоскопической и микрохирургической техники и имплантацией различных систем, стабилизирующих позвоночник, отнесены к высокотехнологичной медицинской помощи.

Показатель ИОК хирургического лечения составил 0,86–0,88, то есть был невысок. Основными дефектами являлись неправильный выбор сроков и объема оперативного вмешательства на позвоночнике и спинном мозге (39%), а также нарушения техники оперативного вмешательства (10,2%). Несвоевременная и недостаточная по объему медицинская помощь пострадавшим с повреждением позвоночника и спинного мозга в травмоцентрах различного уровня предопределяла ближайшие и отдаленные ре-

зультаты лечения этой наиболее тяжелой категории пострадавших.

Показатель ИОК консервативного лечения был достаточно высок и достигал 0,94 – 0,96 за счет синдромального подхода к ведению больного.

Жалобы и обращения пациентов с ПСМТ по поводу качества медицинской помощи были направлены в Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга. Во всех случаях они оказались обусловлены не тем, что пациент получал некачественное лечение, а нарушением принципов деонтологии в стационаре или в процессе восстановительного лечения в реабилитационных центрах.

Практические рекомендации по совершенствованию медицинской помощи пострадавшим с сочетанной ПСМТ должны включать следующие позиции:

- на догоспитальном этапе следует обращать особое внимание персонала бригаад СМП на обстоятельства травмы, при котором велика вероятность возникновения ПСМТ;

- при подозрении на ПСМТ показано осуществление иммобилизации, поэтому необходимо организовать в стационарах обменный фонд шейных ортезов;

- в стационарах следует обеспечить своевременную и достаточную по объему диагностическую и лечебную помощь.

Выводы

1. Качество медицинской помощи пациентам с сочетанной позвоночно-спинномозговой в Санкт-Петербурге на догоспитальном и госпитальном этапах следует признать невысоким.

2. Некоторые аспекты организации медицинской помощи пострадавшим нуждаются в совершенствовании. Особое внимание следует обратить на необходимость повсеместного и раннего использования методов нейровизуализации, а также своевременность и адекватность хирургического пособия.

3. Экспертиза жалоб и обращений по поводу качества медицинской помощи свидетельствует о том, что они обусловлены, прежде всего, нарушением медицинским персоналом лечебно-профилактических учреждений принципов деонтологии.

Литература

1. Анкин, Л.Н. Политравма (организационные, тактические и методологические проблемы) / Л.Н. Анкин. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 176 с.
2. Гуманенко, Е.К. Политравма. Актуальные проблемы и новые технологии в лечении / Е.К. Гуманенко // Новые технологии в военно-полевой хирургии и хирургии повреждений мирного времени: материалы международной конференции. – СПб.: ВМедА, 2006. – С. 4 – 14.

3. Интегрированная оценка качества медицинской помощи больным при сердечно-сосудистых заболеваниях и применение ее результатов для оперативного руководства работой внебольничных звеньев специализированной службы : методические рекомендации / составители : В.Ф. Чавпецов [и др.] ; Лен. НИИ кардиологии. — Л., 1987. — 31 с.
4. Могучая, О.В. Эпидемиология нейрохирургических заболеваний. Организационные технологии управления и планирования нейрохирургической службы на основе анализа качества ее работы (на модели Санкт-Петербурга) / О.В. Могучая, И.В. Поляков, В.П. Берснев, В.В. Буров. — СПб., 2002. — 163 с.
5. Политравма: травматическая болезнь, дисфункция иммунной системы, современная стратегия лечения / под ред. Е.К. Гуманенко, В.К. Козлова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 608 с.
6. Поляков, И.В. Управление качеством работы медицинской организации / И.В. Поляков, А.С. Твердохлебов, А.В. Максимов. — СПб.: ГМА им. И.И. Мечникова, 2007. — 208 с.
7. Симонова, И.А. Эпидемиология позвоночно-спинномозговой травмы и организация медицинской помощи пострадавшим : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Симонова И.А. — СПб., 2000. — 24 с.
8. Соколов, В.А. Множественные и сочетанные травмы / В.А. Соколов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 512 с.
9. Тиходеев, С.А. Мини-инвазивная хирургия позвоночника / С.А. Тиходеев. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2005. — 112 с.
10. Фраерман, А.П. Сочетанная черепно-мозговая травма / А.П. Фраерман [и др.]. — Н. Новгород : Б.и., 2002. — 141 с.
11. Шулев, Ю.А. Дифференцированное хирургическое лечение при травмах и заболеваниях верхнешейного отдела позвоночника / Ю.А. Шулев, В.А. Степаненко // IV съезд нейрохирургов России : материалы съезда. — М., 2006. — С. 130–131.
12. Щедренок, В.В. Нестабильность позвоночника при травме и заболеваниях / В.В. Щедренок, С.В. Орлов, А.В. Иваненко, А.Д. Олейник. — СПб.: РНХИ им. А.Л. Поленова, 2008. — 328 с.
13. Щепин, О.П. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О.П. Щепин, В.И. Стародубов, А.Л. Линденбратен, Г.И. Галанова. — М.: Медицина, 2002. — 176 с.
14. Яковенко, И.В. Медико-социальные аспекты сочетанной черепно-мозговой травмы и пути совершенствования медицинской помощи пострадавшим (в городах с различной численностью населения) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Яковенко И.В. — СПб., 2008. — 31 с.
15. Krämer, J. Orthopädie und Orthopädische Chirurgie. Wirbelsäule, Thorax. Das Standardwerk für Klinik und Praxis / J. Krämer. — Stuttgart, New York : Georg Thieme Verlag, 2004. — 526 s.
16. Savitz, M.H. The practice of minimally invasive spinal technique / M.H. Savitz, J.C. Chiu, T. Yeung. — Richmond, 2001. — 391 p.
17. World report on knowledge for better health. Strengthening health systems. — Geneva : WHO, 2004. — 146 p.

Контактная информация:

Щедренок Владимир Владимирович – д.м.н. профессор, заслуженный врач РФ, главный научный сотрудник
e-mail: ovm55@yandex.ru;

Яковенко Игорь Васильевич – д.м.н., чл.-кор. РАЕН, директор института;

Орлов Сергей Владимирович – к.м.н. докторант;

Симонова Ирина Анатольевна – к.м.н. главный врач;

Красношлык Павел Владимирович – к.м.н. старший научный сотрудник;

Могучая Ольга Владимировна – д.м.н. профессор, зав. сектором качества медицинской помощи.

THE RESULTS OF EXAMINATION OF MEDICAL CARE QUALITY FOR ASSOCIATED VERTEBRO-SPINAL-CORD INJURY

V.V. Shchedrenok, I.V. Yakovenko, S.V. Orlov, I.A. Simonova, P.V. Krasnoshlyk, O.V. Moguchaya