

ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ ПРИ МЕДИКО-ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМОЙ

¹А. В. СКОРОГЛЯДОВ, ²М. В. ЛЯДОВА

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва

²Городская клиническая больница №1 имени Н.И. Пирогова, Москва

Информация об авторах:

Скороглядов Александр Васильевич – ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, e-mail: rsmu@rsmu.ru

Лядова Мария Васильевна – Городская клиническая больница №1 им.Н.И.Пирогова, РФ, г. Москва; e-mail: mariadoc1@mail.ru

Авторами статьи выполнено исследование проблемы стандартизации оказания помощи пострадавшим с сочетанной и множественной травмой, на примере значительного количества материала указаны основные пути преодоления данной ситуации.

Ключевые слова: сочетанная травма; стандартизация медицинской помощи; медико-экспертный анализ.

В последние годы отмечается заметный рост числа оперативных вмешательств, нарастание хирургической активности по экстренным показаниям, однако до сих пор нет четкой стандартизации полного объема медицинских мероприятий, которые должны быть оказаны больным травматологического профиля при экстренном поступлении [1]. Более того, существуют определенные ограничения в стандартизации лечебно-диагностического процесса, что связано с временным несоответствием между развитием достижений в области медицины и правовой процедурой их введения в практическую деятельность [2]. Последняя занимает достаточно длительное время и оказывается, так только что введенные стандарты уже устарели, например, в отношении лечения пострадавших с сочетанной и множественной травмой [3]. На практике стандарты подвергаются критике со стороны различных медицинских школ, практикующих иные лечебные подходы. Более того, как считают специалисты, формальный подход к оценке правильности (правомерности) действий медработника на основании единственного критерия (соблюдения стандарта) не может считаться основополагающим [3]. Нами был проведен анализ нормативных документов оказания помощи пострадавшим с сочетанной и множественной травмой, а также анализ 70 медицинских карт потерпевших с тяжелой сочетанной травмой. Из них: 50 - пациентов с тяжелой сочетанной травмой (СТ), проходивших лечение в профильном травматологическом отделении; 20 – умерших пациентов, причиной смерти которых была тяжелая сочетанная травма, осложнившаяся травматическим шоком, кровопотерей. Большая часть потерпевших лица до 45 лет (63%), причем в возрастной группе наиболее трудоспособного возраста (от 25 до 44 лет) преобладали мужчины, в то время как в более старших возрастных группах (включая более 70 лет) – женщины. По обстоятельствам получения тяжелой сочетанной и множественной травмы лидирующее место, по-

прежнему, занимает дорожно-транспортные происшествия, в которой в каждом третьем случае пострадали пешеходы (34%); однако в последнее время дорожно-транспортный травматизм пополняет так называемая мотоциклетная травма, процентное отношение которой также постоянно возрастает (9%). Также значительный процент занимает кататравма (21%). Лица, получившие ее, в основном жители других регионов и иностранные граждане (13 из 15 пострадавших). Из 70 пострадавших в состоянии травматического шока поступило 97,1% человек.

По доминирующему повреждению распределение было следующим: доминирующая ЧМТ – 16 случаев (22,9%), торакальная травма – 11 (15,7%), абдоминальная – 8 (11,4%), костная – 31 случаев (44,3%), конкурирующие доминирующие травмы – 4 случая (5,7%).

Основным нормативным документом, касающимся лечения категории пострадавших с множественной и сочетанной травмой, является приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 927н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 21 января 2013 г., регистрационный № 26634) [4]. В данном приказе имеется 6 приложений, в которых определен стандарт оснащения операционного отделения для противошоковых мероприятий, штатное расписание и оснащение отделения сочетанной травмы. Данный приказ включает скорую и скорую специализированную медицинскую помощь. В приказе указано, что «специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается врачами-специалистами в стационарных условиях и включает в себя диагностику, лечение с использованием специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию пострадавших. Пострадавшие до-

ставляются бригадой скорой медицинской помощи в медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь и имеющие в своей структуре дополнительно к указанным в пункте 11 настоящего Порядка круглосуточно функционирующие отделения сочетанной травмы, (кабинет) эндоскопии, (койки) сосудистой хирургии и нейрохирургическое, в случае наличия у пострадавших соответствующих медицинских показаний». По г. Москве отделения сочетанной и множественной травмы имеются лишь в НИИ им. Н.В. Склифосовского и в ГКБ № 68 (всего 120 коек до 2015 года), что явно недостаточно для комплексного оказания помощи пострадавшим с множественной и сочетанной травмами в таком мегаполисе как г. Москва. Помощь этой группе пострадавших также оказывается и в других многопрофильных стационарах г.Москвы, включая ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, ГКБ №67, ГКБ №15, ГКБ им. С.П.Боткина и др. В некоторых из перечисленных стационаров отделения сочетанной травмы были расформированы еще в 2008 г.

Медико-экспертный анализ качества лечения пострадавших с тяжелой сочетанной травмой и политравмой с оценкой состояния проблемы в лечении этой категории больных по системе ОМС проведен на основе Международной классификации болезней, по Московским городским стандартам оказания стационарной помощи для взрослого населения и шифрам МКБ-10 при множественной и сочетанной травмах (код МЭС 79.330 - сочетанная травма, код МЭС 79.320 - множественные переломы (политравма)).

При анализе указанных стандартов возникает вопрос дефиниции политравмы и СТ. Во многих руководствах определение «политравма» относят как к СТ, так и к множественной травме, однако в стандартах она представлена двумя отдельными понятиями, что является терминологической неточностью [5]. В судебно-медицинской экспертизе СТ трактуется как травма двух и более анатомо-функциональных областей тела человека; чаще всего бывает множественной, реже единичной [6]. Таким образом, понятие политравма является чисто клиническим.

Приоритетной задачей ведения пострадавших с тяжелой СТ является предотвращение возникновения таких угрожающих жизни осложнений как гемодинамические нарушения, развитие травматического шока (ТШ), а также вторичного повреждения головного мозга, что должно учитываться при разработке стандартов МП. Однако, как показал анализ медицинской документации, объем оказания медицинской помощи во временном промежутке очень разнится, а именно, 11 из 30 пострадавших с СТ, прожившие одинаковое количество времени (до 1 суток), получили разный объем диагностических исследований (36,7%). Это говорит об одной из важных проблем в лечении этой категории пациентов, а именно отсутствии единой шкалы для оценки тяжелой СТ. На необходимость ее принятия (как например, у нейрохирургов – Шкала ком Глазго) указывают многие исследователи [7]. К осложнениям СТ относятся травматический шок (ТШ), который с клинической точки зрения определен как защитная тяжелая нервно-рефлекторная реакция ЦНС, сопровождающаяся циклическими расстройствами кровообращения, дыхания, обмена веществ, эндокрин-

ного равновесия. Развитие ТШ при механическом повреждении обусловлено, прежде всего, влиянием кровопотери, что сближает этот вид патологии с геморрагическим шоком. Известный факт, что расстройства сознания при ТШ долгое время не происходит, и лишь при кровопотере более 1,5 литров может наблюдаться угнетение сознания до сопора. Необходимо заметить, что ТШ является клиническим понятием, поскольку не имеет специфической морфологической картины. При этом решающий аргумент в пользу ТШ – несоответствие тяжести ранения его исходу [6]. Данный факт становится определяющим при судебно-медицинской оценке действий медицинского персонала в отношении этой группы пострадавших, так как ТШ расценивается как вред здоровью, непосредственно угрожающий жизни человека.

Практический и правоприменительный опыт свидетельствует, что даже при тяжелой травме человек может находиться в сознании, разговаривать и даже передвигаться. В связи с этим у родственников часто возникают сомнения правильности лечения в тех случаях, когда пациент доставлен «в сознании, даже сам передвигался», а исход смертельный, что требует проведения экспертизы качества медицинской помощи с целью определения причины наступления неблагоприятного исхода, т.е. обусловлен ли он характером и тяжестью самой травмы, либо индивидуальными особенностями организма человека, или же он связан с ненадлежащим проведением медицинских мероприятий.

В настоящее время, в большинстве ведущих клиник РФ, осуществляющих лечение этой категории пострадавших, применяются различные шкалы тяжести травм, отсутствует единая система оценки пострадавших с сочетанными и множественными повреждениями [7]. В европейских клиниках, как и в некоторых отечественных клиниках лечение больных с тяжелой и сочетанной травмой оказывается на основе так называемого «damage control» – контроля повреждений, что позволяет объективно оценить степень компенсации пострадавших с политравмой и определиться с последовательностью и объемом оказания медицинской помощи [8]. Основными патофизиологическими предпосылками тактики «damage control» при тяжелой политравме являются: метаболический ацидоз – уровень рН менее 7,2; гипотермия – температура тела пострадавшего менее 34 °С; гипотензия – уровень систолического артериального давления менее 90 мм рт. ст.; коагулопатия – показатель активированного частичного тромбопластинового времени более 60 с. Эти показатели определяют физиологический предел организма, при котором лечение даже в условиях технически правильно выполненного оперативного вмешательства обречено на неудачу. Для успешного применения «damage control» на практике, необходимо учитывать три фактора:

- 1) тяжесть исходной травмы;
- 2) биологическую конституцию пациента, возраст, массу тела, сопутствующие заболевания;
- 3) число необходимых операций с учетом их продолжительности, объема и вероятной кровопотери.

В РФ уже предприняты значительные попытки адаптации системы «damage control» в работе отечественной травматоло-

гической службы [5,7]. На наш взгляд, наиболее эффективной является система, разработанная отечественными учеными Блаженко А.Н., Дубровым В.Э. в 2012 г. шкала «ШОСС» (шкала относительной стабилизации состояния), которая должна быть включена в стандарт оказания помощи пациентам с множественной и сочетанной травмой и может служить критерием медико-экспертной оценки качества медицинской помощи пострадавшим, поскольку достаточно учесть такие показатели как систолическое артериальное давление (САД), частоту сердечных сокращений (ЧСС), гемограмму (содержание эритроцитов, гемоглобина крови, уровень гематокрита), уровень насыщения артериальной и венозной крови кислородом и углекислым газом, показатели рН крови, концентрацию натрия и калия в крови, чтобы определить не только тяжесть состояния пострадавшего, но и тот объем специализированной травматологической помощи, который ему необходим [7].

Частота проведения различных видов инвазивных и неинвазивных инструментальных исследований пациентам с сочетанной травмой выглядит следующим образом (из расчета на 100 пострадавших): рентгенографическое исследования области повреждения (95,5 на 100 больных с сочетанной травмой); компьютерная томография (93,6 на 100 пациентов); ультразвуковое исследование органов брюшной полости, грудной полости (97,8 на 100 пациентов); диагностическая лапароскопия (11,4 на 100 пациентов); электрокардиография (98,3 на 100 пациентов); МСКТ исследование по программе «сочетанная травма» (голова, грудь, брюшная полость, таз – 57 на 100); общий анализ крови (100 на 100), общий анализ мочи (100 на 100), группа крови резус фактор (76 на 100), ЭКГ (87 на 100).

Частота консультирования пациентов с сочетанной травмой врачами-специалистами проводился из расчета на 100 пострадавших. Статистика свидетельствует, что на первом ранговом месте по частоте консультирования пострадавших с диагнозом «сочетанная травма» находятся такие врачи-специалисты, как нейрохирурги (93,4 на 100 пациентов с сочетанной травмой), травматологи (90,3) на втором ранговом месте соответственно хирурги (78) и челюстно-лицевые хирурги (65), оториноларингологи (52). Третье место по частоте составили консультации терапевта – в 43 случаях, уролога – в 46 и психиатра – в 12 случаях и офтальмолога 31,2 на 100 сочетанных травм.

По нашему мнению, все упущения в оказании помощи пострадавшим в стационаре можно условно разделить на следующие проблемные уровни: «индивидуальный», т.е. тактика действий обусловлена с действиями конкретного врача и общеорганизационный», т.е. обусловлен организацией работы травматологической службы в целом. К последним относились трудности с переводом пациентов в другие отделения, нарушения в работе отделений неотложной помощи, отделений реанимации, интенсивной терапии, операционных блоков. Также в 10,0% было выявлено неадекватное проведение реанимационных мероприятий пациентам в состоянии шока, как в процессе транспортировки, так и в отделении реанимации.

Таким образом, для предотвращения диагностических ошибок в условиях многопрофильного стационара должен использоваться рациональный комплекс обследования пострадавших

с сочетанной и множественной травмой, который в обязательном порядке должен включать:

клинический осмотр пострадавшего врачами реаниматологом, травматологом, хирургом, нейрохирургом с одновременным проведением реанимационных мероприятий и лабораторным исследованием;

УЗИ плевральных и брюшной полостей;

рентгенографию поврежденных сегментов конечностей;

МСКТ головы, шейного отдела позвоночника, груди, живота, таза с захватом тазобедренных суставов.

Применения предложенного комплекса обследования пострадавших с сочетанной и множественной позволяет в условиях многопрофильного стационара сократить время полной диагностики всех повреждений, а также исключить возможность возникновения тактико-диагностических ошибок в лечении данного контингента пострадавших. Шкала «ШОСС» (шкала относительной стабилизации состояния), предложенная отечественными исследователями должна быть включена в стандарт оказания помощи пациентам с множественной и сочетанной травмой и может служить критерием медико-экспертной оценки качества медицинской помощи пострадавшим.

Список литературы

1. **Багненко С.Ф., Стожаров В.В.** Обязательно ли исполнение требования медицинских стандартов и протоколов? // Скорая медицинская помощь. 2004. № 2. С. 9–14.
2. **Маттис Э.Р., Еськин Н.А.** Стандартизация травматолого-ортопедической помощи: альтернативный вариант // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2011. № 1. С. 68–72.
3. **Миронов С.П., Маттис Э.Р., Троценко В.В.** Концепция первого этапа стандартизации в травматологии и ортопедии // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2006. № 2. С. 5–9.
4. **Порядок** оказания помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком: приказ Минздрава РФ от 15.11.2012 г. № 927-н [Электронный ресурс] // URL: <http://www.rosminzdrav.ru/document/> (дата обращения 13.05.13).
5. **Агаджанян, В.В.** Политравма: проблемы и практические вопросы. // Политравма. 2006. № 1. С. 5–8.
6. **Волков В.П.** К вопросу о травматическом шоке при сочетанной травме (по материалам одной судебно-медицинской экспертизы). // Судебно-медицинская экспертиза. 2012. № 4. С. 27–29.
7. **Блаженко А.Н.** Обоснование лечебно-диагностических подходов при оказании медицинской помощи пострадавшим в остром периоде политравмы в многопрофильном стационаре: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.15, Краснодар, 2012. – 33с.
8. **Pape, H.C.** Damage control management in the polytrauma patient [Text] / H.C. Pape, A.B. Peitzman, C.W. Schwab, P.V. Giannoudis. – N.Y: Science+Business Media, LLC, 2010. – 462 p.

PROBLEMS IN MEDICAL STANDARDIZATION EXPERT ASSESSMENT OF QUALITY OF CARE AND VICTIMS WITH CONCOMITANT MULTIPLE INJURIES

¹A. V. SKOROGLYADOV, ²M. V. LYADOVA

¹*Pirigov Russian National Research Medical University, Moscow*

²*Pirigov First City Clinical Hospital, Moscow*

The authors performed a study of the problems of standardization of medical care of patients with combined and multiple trauma, for example, a significant amount of the material are the main ways of overcoming this situation.

Key words: concomitant injury, standardization of medical care, expert medical analysis.