Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

ЛЯДОВА
МАРИЯ ВАСИЛЬЕВНА

МЕДИКО-ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА

14.01.15 – Травматология и ортопедия
14.03.05 – Судебная медицина

Диссертация
на соискание ученой степени доктора медицинских наук

Научные консультанты:
д.м.н., профессор
А.В. Скороглядов
д.м.н., профессор
Е.С.Тучик

г. Москва
2015 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 4

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ 16

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 45

ГЛАВА 3. МЕДИКО-ТАКТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ТРАВМАМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА 55

ГЛАВА 4. АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА НА УРОВНЕ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА 77

ГЛАВА 5. ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРЕ 109

5.1. Анализ качества оказания травматологической помощи пациентам с тяжелой сочетанной травмой 119

5.2. Медикоэкспертная характеристика оказания специализированной травматологической помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости 134

5.3. Медикоэкспертная характеристика качества оказания медицинской помощи пациентам с повреждениями костей, составляющих локтевой сустав, исходы лечения с точки зрения тяжести вреда здоровью 147

5.4. Медикоэкспертная характеристика качества оказания медицинской помощи пациентам с травмами опорно-двигательного аппарата в сочетании с психиатрической патологией 162

ГЛАВА 6. МЕДИКОЭКСПЕРТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПОСТРАДАВШИМ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА 170

6.1. Анализ структуры и влияние качества ведения медицинской документации по результатам проведения судебно-медицинской экспертизы определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека 170

6.2. Анализ причин неблагоприятных исходов и профессиональных ошибок в травматологии по материалам комиссионных судебно-медицинских экспертиз 183

ГЛАВА 7. СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОС КАК ОСНОВА ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОРГАНИЗАЦИИ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ 200

7.1. Результаты социологического исследования по вопросам оказания экстренной круглосуточной травматологической помощи врачей-травматологов и студентов старших курсов медицинских вузов 200

7.2. Результаты социологического исследования пациентов травматологических стационаров и потенциальных пациентов молодого возраста 210

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 218

ВЫВОДЫ 256

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 259

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ 263

ПРИЛОЖЕНИЯ 264

Приложение № 1. Анкета врача-травматолога по оказанию экстренной МП 264

Приложение № 2. Анкета пациента травматологического отделения 267

Приложение № 3. Анкета «потенциальных пациентов» 269

Приложение № 4. Анкета студентов медиков старших курсов 271

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 272

ВВЕДЕНИЕ

Оказание экстренной помощи больным травматологического профиля в условиях мегаполиса является одной из насущных проблем в организации системы современного здравоохранения [38, 51, 83, 147]. Сложность в выборе подходов к ее решению заключается в многообразии причин, ее формирующих [45, 86, 146, 226].

Прежде всего, свой отпечаток накладывают социальные условия, в которых приходится ее оказывать. Бурный рост городской инфраструктуры, с одной стороны, способствует открытию новых медицинских учреждений, в которых должны быть предусмотрены отделения по оказанию экстренной медицинской помощи больным травматологического профиля; с другой стороны, в итоге оптимизации системы здравоохранения число стационарных травматологических коек в Москве сокращено на 16,6% [163, 210, 236]. Расширение городов ведет к росту численности населения и, как следствие, усложнению дорожно-транспортной обстановки, которая, как показывают статистические данные, является ведущей причиной получения травм [207]. Крупнейший мегаполис нашей страны, г. Москва, по-прежнему остается в лидерах по числу дорожно-транспортных происшествий (7,9% от общего числа аварий) – 11 312 ДТП за 2014 г. Согласно данным статистики ГИБДД г. Москвы число погибших на московских дорогах за 2014 г. составило 888 человек, а смертность среди пешеходов возросла на 19,8% [66, 68]. Дорожная травма сопровождается значительными последствиями. Известно, что среди повреждений при ДТП превалируют сочетанная или множественная травмы [150, 207, 223, 225]. Неутешительные цифры и при анализе случаев производственного травматизма [44]: по данным Фонда социального страхования Российской Федерации в 2013 г. было зарегистрировано 49 939 страховых случаев, связанных с производственным травматизмом, при этом погибло 2 757 работников. По данным Федерального бюро медико-социальной экспертизы из общего числа впервые признанных инвалидами (753 952 чел.), вследствие тру-

дового увечья или профзаболевания признано инвалидами 5 756 человек (0,8%), из общего числа повторно признанных инвалидами в 2013 г. (1 588 349 чел.) инвалидами вследствие трудового увечья и профзаболевания признано 19 906 человек (1,2%) [76]. В общем масштабе причин смертности взрослого населения РФ травмы стоят на третьем месте после болезней органов кровообращения и новообразований среди взрослого населения РФ, среди причин первичной заболеваемости по г. Москве травмы уже на втором месте после болезней органов дыхания [54, 175, 238].

Наряду с существованием повышенного риска для здоровья, сложности дорожно-транспортной ситуации в мегаполисе неблагоприятно сказываются на соблюдении условий «золотого часа» при оказании экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе [174, 152]. Несмотря на то, что по данным Департамента Здравоохранения г. Москвы, время ожидания пациентами скорой помощи в мегаполисе за последний год сократилось на 23% [163, 178], высокая интенсивность автотранспортного движения, разный уровень состояния транспортных средств и магистралей вносят в график работы станций скорой помощи свои коррективы [241]. Следует учитывать, что фундаментальным принципом организации помощи у пострадавших с сочетанной травмой является ее специализированное оказание. Поэтому основная нагрузка по осуществлению ургентной травматологической помощи связана с работой медицинского персонала на госпитальном этапе. Следует отметить, что особенность состояния пациентов, поступающих в ЛПУ с острыми травмами опорно-двигательного аппарате (ОДА), обусловлена течением травматической болезни и характеризуется быстротечностью развития острых патологий, что требует особых подходов к организации, характеру и порядку использования медицинских ресурсов. По статистике более 90% больничной летальности связано именно с экстренным характером госпитализации больных травматологического профиля [151, 155].

Несмотря на то, что с каждым годом экстренная травматологическая помощь становится более специализированной, технологически оснащенной, количество

вопросов по качеству ее оказания только возрастает [86, 146, 165, 188, 189]. По данным ряда исследователей объем претензий к врачам травматологам составляет около 6,0% от общего числа всех комиссионных экспертиз, а доля дефектов медицинской помощи на госпитальном этапе – 90% [221]. Следует отметить, что в последние годы отмечается заметный рост числа оперативных вмешательств, нарастание хирургической активности по экстренным показателям, однако до сих пор нет четкой стандартизации полного объема медицинских мероприятий, которые должны быть оказаны больным травматологического профиля при экстренном поступлении [27, 45, 84]. 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 [95, 113, 123]. Последняя занимает достаточно длительное время и оказывается, что только что введенные стандарты уже устарели, например в отношении лечения проксимальных переломов бедра [139, 145]. На практике стандарты подвергаются критике со стороны различных медицинских школ, практикующих иные лечебные подходы. Так, попрежнему много споров по поводу стандартизации лечения пациентов с сочетанной травмой [138, 152]. Более того, как считают специалисты, формальный подход к оценке правильности (правомерности) действий медработника на основании единственного критерия (соблюдения стандарта) не может считаться основополагающим [30, 39].

Наряду с этим отсутствуют единые принципы и системность в подходе при выборе критериев оценки качества медицинской помощи [29]. В настоящее время контроль качества медицинской помощи возложен на несколько организаций: органы Росздравнадзора, Роспотребнадзора, фонды ОМС, страховые компании, работающие в системе ОМС [31]. В каждой из них представлены свои подходы к оценке качества и доступности МП, различная методология проведения экспертизы, что не позволяет выявить «проблемные» зоны и причины их возникновения в системе оказания экстренной медицинской помощи населению в целом, и пациентам травматологического профиля в частности [34, 38].

Также следует отметить, что оказание экстренной медицинской помощи сопряжено с многочисленными правовыми рисками [203]. Претензии к оказанию именно экстренной медицинской помощи составляют 64,0% от всех поступающих от пациентов жалоб [102]. Наблюдается стабильный рост судебных исков [168]. По данным Московского городского фонда ОМС в 2014 г. к судебному производству было принято 129 дел на общую сумму 2 904 034 руб. 94 копейки [163]. По данным Федерального фонда ОМС, в 2003 г. в судебном производстве находилось 661 судебное дело, из которых 288 судебных исков были удовлетворены, на 2011 г. при общем количестве уменьшения судебных исков до 584 дел отмечено увеличение доли судебных исков с возмещением материального ущерба на 6,8% (309 дел) [156, 159]. В 2014 г. выявляемость правонарушений в сфере охраны здоровья составила 47% (в 2013 г. – 40%) [42]. Доля организаций, в которых выявлялись правонарушения, увеличилась до 61% (в 2013 г. – 40%) [159]. По результатам контрольных мероприятий назначено административных штрафов на сумму более 73 млн. рублей, что в 1,6 раза больше, чем в 2013 г. [68]. В 2014 г. доля штрафов, уплаченных в бюджет, возросла до 81% [68].

Принятый в 2011 г. Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не обеспечивает правового равенства пациентов и медицинских работников. Права пациентов являются приоритетными, в то время как для медицинских работников установлены лишь обязанности, часто трудно реализуемые [58, 123]. Такое неравное положение в правовом поле врача и пациента оказывает негативное воздействие на систему их взаимоотношений, прежде всего, именно в процессе оказания экстренной медицинской помощи. Сегодня на враче лежит груз не только «моральной» (за жизнь пациента), но и юридической ответственностей [169].

Источником доказательств виновности или невиновности врача является заключение экспертной комиссии, которая опирается на такие документальные источники, как первичная медицинская документация, результаты клинического анализа неблагоприятных исходов и ведомственной проверки качества оказания МП, материалы уголовного дела [171, 181]. Однако, как показывает практика, ис-

пользуя одни и те же источники информации, разные комиссии нередко приходят к противоположным заключениям, что указывает на необходимость определения юридически значимых критериев качества [109, 113, 168]. Кроме того, сами источники не всегда могут дать объективное представление о проведенных медицинских вмешательствах по причине отсутствия соответствующих сведений в них из-за утери, ошибки в указании и т.п. [112, 153].

Таким образом, несмотря на принимаемые на законодательном уровне меры, в системе оказания экстренной травматологической помощи в условиях мегаполиса существует целый ряд проблемных зон, причины возникновения которых и подходы к их преодолению с помощью имеющихся средств не представляется возможным выявить и разработать. Для этого необходимо проведение медико-экспертной оценки качества оказания экстренной медицинской помощи. Аналогичная работа выполнена в дерматовенерологии, стоматологии, гинекологии, хирургии [55, 167, 181, 203]. На основании проведенных исследований были разработаны экспертные критерии качества оказания помощи пациентам указанных профилей, которые позволили выявить дефекты в ее оказании и дать им объективную оценку. Однако подобных исследований в экстренной травматологии пока не проводилось, что послужило основанием для написания настоящего исследования.

На основании вышеизложенного, определены цели и задачи представленной работы.

Цель работы:

По результатам изучения нормативно-правовой и медицинской документации по организации и оказанию медицинской помощи пострадавшим с повреждениями опорно-двигательного аппарата на догоспитальном и госпитальном уровнях выявить недостатки в лечебно-диагностическом процессе, на основе которых разработать научно-обоснованные экспертные критерии оценки качества оказания медицинской помощи (КМП) этим пострадавшим, а также систему организационных мероприятий, направленных на повышение КМП.

Задачи

1. Провести анализ порядка оказания скорой медицинской помощи пострадавшим с травмой ОДА.

2. Изучить и проанализировать организацию работы приемного отделения многопрофильного стационара, в составе которого имеются травматологические отделения для оказания экстренной травматологической помощи.

3. Установить степень эффективности оказания стационарной травматологической помощи и ее качество у наиболее проблематичных категорий пострадавших с травмами ОДА.

4. Провести ретроспективный анализ заключений эксперта, оформленных по результатам проведения судебно-медицинских экспертиз живых лиц. Выявить основные недостатки при оформлении медицинской документации и их влияние на подтверждение клинического диагноза у пострадавших при судебно-медицинском определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью пострадавших с повреждением ОДА.

5. Изучить медико-правовую и профессиональную грамотность врачей-травматологов, уровень их юридической осведомленности в случае возникновения конфликтной ситуации между врачом и пациентом. Оценить степень выраженности «синдрома профессионального выгорания» у врачей травматологов, оказывающих экстренную помощь.

6. Провести социологическое исследование пациентов для выявления степени удовлетворенности ими экстренной травматологической помощью.

7. Выявить причины возникновения профессиональных ошибок в лечении пострадавших с травмами ОДА с неблагоприятным исходом на основании анализа заключений экспертов, оформленных по результатам производства комиссионных и комплексных судебно-медицинских экспертиз, проведенных по материалам уголовных, гражданских дел, материалов доследственных проверок, касающихся оценки качества оказания экстренной травматологической помощи, и определить на каких этапах лечебно-диагностического процесса они возникают.

8. Разработать научно-обоснованные экспертные критерии оценки качества медицинской помощи (КМП) пострадавшим с травмами ОДА, а также систему организационных мероприятий, направленных на повышение КМП.

Научная новизна работы

В ходе проведенного комплексного исследования впервые дана оценка качества лечебно-диагностической помощи пострадавшим с повреждениями ОДА, на основе которой разработаны научно-обоснованные методические и практические рекомендации по оказанию медицинской помощи. Объективизированы критерии качества экстренной травматологической помощи пациентам с повреждением опорно-двигательного аппарата. Составлен перечень мероприятий по внедрению данных критериев в деятельность лечебных учреждений, оказывающих экстренную травматологическую помощь населению, реализация которых позволит снизить частоту возникновения конфликтных ситуаций, что будет способствовать созданию комфортной среды для надлежащего осуществления лечебно-диагностического процесса.

Также на основании анализа историй болезней, заключений экспертных комиссий по жалобам пациентов и судебно-медицинских экспертиз дана качественная и количественная характеристика ошибок и осложнений в лечении данной категории пострадавших.

Кроме того, по результатам социологического обследования врачей-травматологов дана объективная оценка их медико-правовому уровню осведомленности и предложены основные организационные мероприятия по ее повышению. По итогам социологического обследования пациентов по вопросам защиты прав установлена степень влияния этого фактора на частоту возникновения конфликтов при оказании экстренной травматологической помощи.

Практическая значимость диссертации

Изучено влияние недостатков в оформлении медицинской документации на результаты судебно-медицинских экспертиз при определении степени тяжести вреда здоровью пострадавших, на основании чего даны рекомендации,

позволяющие улучшить качество ведения медицинской документации пострадавших с травмами ОДА. Сформулированы организационно-методологические мероприятия по повышению уровня правовой осведомленности врачей травматологов, которые позволят снизить частоту возникновения конфликтов между врачами и пациентами и оптимизировать лечебно-диагностический процесс. В результате комплексного клинического, экспертного и медико-правового исследований выявлены причины и условия возникновения профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов при оказании экстренной травматологической помощи и предложены меры по их предупреждению, которые доступны для практического использования в ЛПУ мегаполиса, оказывающего круглосуточную специализированную помощь.

Основные положения, выносимые на защиту

Установлены основные медикоэкспертные критерии качества оказания догоспитальной помощи пострадавшим с травмами ОДА, позволяющие снизить частоту ошибок и осложнений.

Организация работы приемного отделения больниц, в составе которых имеется травматологическое отделение для оказания экстренной травматологической помощи, должна быть оптимизирована с учетом шокогенности повреждений. Объем экстренной травматологической помощи в приемном отделении должен соответствовать стандартам ее оказания, включая обоснование проведения дополнительных диагностических исследований.

Эффективность оказания стационарной травматологической помощи определяется сроками проведения окончательной стабилизации повреждения с момента госпитализации пострадавшего, качеством выполненного остеосинтеза, а также объемом профилактических мероприятий для предотвращения осложнений течения травматической болезни. Выделены наиболее проблематичные категории пострадавших с травмами ОДА с точки зрения медико-экспертной оценки качества оказания экстренной травматологической помощи и медико-правового обеспечения: с тяжелой сочетанной и множественной травмами; повреждением проксимального отдела бедренной кости; внутрисуставными повреждениями

локтевого сустава; с отягощенным психиатрическим анамнезом. Для суждения об эффективности диагностики и лечения, а также надлежащем контроле качества экстренной травматологической помощи в условиях мегаполиса, необходимо наличие региональных стандартов ее оказания.

Качество оказания экстренной травматологической помощи зависит от правильности и полноты оформления медицинской документации с отражением динамики течения травматической болезни, обоснованием выполнения (или отсутствия) лечебно-диагностических мероприятий.

Для повышения медико-правовых знаний травматологов, оказывающих экстренную помощь, необходима организация учебы по вопросам правовых основ деятельности медицинских работников с интернами, клиническими ординаторами, аспирантами и врачами не только на факультетах повышения квалификации, но и в рамках проектов по непрерывному образованию врачей в виде ежеквартальных интерактивных занятий-семинаров для врачей как амбулаторного, так и стационарного звеньев.

Для сокращения количества жалоб и предотвращения конфликтных ситуаций необходимо значительно повысить информированность пострадавших и их родственников (с согласия пострадавшего) не только о планах лечебно-диагностической помощи, но и о ходе травматической болезни в зависимости от тяжести повреждения и соматических особенностей больного, включая описание возможных осложнений и побочных явлений при применении различных методов лечения.

Исходя из анализа заключений экспертов, оформленных по результатам производства комиссионных судебно-медицинских экспертиз по оценке тяжести вреда здоровью пострадавших с травмами ОДА, впервые выявлены и изучены наиболее типичные ошибки ведения медицинской документации на всех этапах оказания экстренной травматологической помощи лицам с телесными повреждениями.

Анализ результатов комиссионных и комплексных судебно-медицинских экспертиз, проведенных по материалам уголовных, гражданских дел, касающихся

оценки качества оказания экстренной травматологической помощи, позволил выявить причины возникновения профессиональных ошибок в лечении пострадавших с травмами ОДА, обусловливающие неблагоприятный исход.

Разработаны теоретические основы экспертных критериев стандарта качества оказания экстренной травматологической помощи пострадавшим с травмами ОДА, их эффективность апробирована при оценке в ходе мониторинга деятельности крупного стационара г. Москвы.

Совершенствование лечебно-диагностического процесса, снижение частоты ошибок и осложнений, профилактика конфликтных ситуаций могут быть достигнуты путем реализации комплекса мероприятий, направленных на внедрение стандартов качества в повседневную деятельность учреждения, оказывающего экстренную травматологическую помощь, с оценкой эффективности их показателей, своевременного внесения соответствующих коррективов организационно-методического характера в управлении качеством оказания экстренной травматологической помощи.

Апробация диссертационного материала

Результаты диссертационного исследования представлены на I научно-практической конференции травматологов «Актуальные вопросы травматологии. Достижения. Перспективы.» (Москва, 2013 г.); международной научно-образовательной конференции «Модернизация помощи больным с тяжелой сочетанной травмой» (Москва, 2013 г.); X юбилейном Всероссийском съезде травматологов-ортопедов (Москва, 2014 г.); IX и X международных научных конференциях «Сорокинские чтения» (Москва 2014, 2016 гг.); III международной научной конференции «Повышение качества медицинской помощи как условие демографического роста» (Прага, 2015 г.); XII съезде хирургов России «Актуальные вопросы хирургии» (Ростов-на-Дону, 2015 г.); VI научной конференции травматологов ФМБА России (Железногорск, 2015 г.), научно-практической конференции «Медицина катастроф: обучение, наука и практика» (Москва, 2015 г.); XIV Московской ассамблеи «Здоровье столицы» (Москва, 2015 г.); IV Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы ненадлежащего оказания меди-

цинской помощи (экспертно-правовые вопросы)» (Москва, 2015 г.), Всероссийской конференции с международным участием «Современная травматология, ортопедия и хирургия катастроф» (Москва, 2015 г.).

Реализация результатов исследования

Результаты диссертационной работы внедрены в практическую деятельность работы экстренной травматологической службы многопрофильных стационаров города Москвы: ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова и ГКБ №64. Материалы работы включены в программу повышения квалификации врачей-травматологов на базе курса травматологии и ортопедии ФМБА России, а также используются в учебно-педагогическом процессе на кафедре травматологии, ортопедии и ВПХ ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Практические рекомендации по анализу медицинской документации у пострадавших с травмами ОДА применяются при проведении комиссионных и комплексных судебно-медицинских экспертиз в Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗ г. Москвы.

Личное участие автора

Автором лично проведен анализ 340 сопроводительных листов СМП, 490 медицинских карт стационарных больных с травмами ОДА, обобщены результаты анализа и предложены научно-обоснованные критерии оценки качества оказании экстренной травматологической помощи на догоспитальном и госпитальном этапах. Непосредственно проанализированы 250 заключений экспертов, оформленных по результатам производства судебно-медицинских экспертиз в отношении пострадавших при определении степени тяжести вреда, причиненного их здоровью. Изучены заключения экспертов по комплексным и комиссионным судебно-медицинским экспертизам, проведенным в Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗ г.Москвы по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с оценкой качества экстренной травматологической помощи, на основании которого систематизированы категории нарушений экстренной травматологической помощи пострадавшим с травмами ОДА. Для обоснования результатов диссертационной работы автором были разработаны анкеты для социологического опроса

врачей травматологов, по оказанию экстренной травматологической помощи, пациентов, студентов-медиков старших курсов и пациентов.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 38 печатных работ в научных медицинских журналах и сборниках научных трудов, из них 20 в рецензируемых научных журналах и изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Минобрнауки России.

Объем и структура диссертации

Работа изложена на 311 страницах машинописного текста и состоит из введения, 7 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, библиографического указателя,4 приложений. Содержит 62 рисунка и 28 таблиц. Библиографический указатель содержит 356 источников, из которых – 111 зарубежные.

ГЛАВА 1.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Оказание экстренной помощи больным травматологического профиля остается одним из актуальных вопросов организации системы медицинской помощи населению. [81, 87, 147, 165]. Необходимость исследования и разработки подходов к решению данной проблематики вызвана, прежде всего, тем, что смертность от травм на территории РФ стоит на третьем месте после болезней системы органов кровообращения и новообразований в структуре общей заболеваемости и на втором – среди населения трудоспособного возраста [22, 23, 44, 54, 159, 160, 223]. За последние 30 лет доля пациентов, госпитализированных по экстренным показателям, увеличилась в три раза по сравнению с предыдущим периодом [38, 41, 229]. В структуре общей заболеваемости болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани занимают третье место (7,9%) после болезней органов дыхания (23,6%) и системы кровообращения (13,9%) [165]. В структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности в днях на 100 работающих травмы, наряду с отравлениями и некоторыми другими воздействиями внешних причин, занимают второе место (17,3%) после болезней органов дыхания (23,2%), а болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – третье (14,9%) [144, 238]. Как причина инвалидности, травмы и заболевания костно-мышечной системы стоят на первом месте у людей трудоспособного активного возраста в возрастной группе от 40 до 50 лет [237, 238].

Рассматривая проблему оказания ургентной помощи, важно понимать, что экстренная медицина – это самостоятельный специализированный вид помощи, что связано с особенностью состояния пациентов [26, 52, 81, 226]. Как отмечают исследователи, быстротечность развития острых патологий ставит вопрос о разработке особых подходов к организации, характеру оказания экстренной помощи, порядку использованию медицинских ресурсов [40, 86, 151, 155]. Так, если при

проведении плановых ортопедических операций для усиления контроля качества тщательный отбор пациентов возможен и необходим, то при экстренных состояниях это представляется трудновыполнимой задачей [154, 228]. Более 90% больничной летальности связано с экстренным характером госпитализации [203].

Четкая организация экстренной травматологической помощи особенно важна, как показывает практика последних лет, при массовых поступлениях пострадавших вследствие каких-либо чрезвычайных ситуациях, что в условиях мегаполиса представляет достаточно частое явление в силу скученности пребывания населения: это и бытовые взрывы газа, массовые беспорядки, дорожно-транспортные происшествия, и даже террористические акты [80, 115, 188, 210].

До 2009 г. организация экстренной помощи населению регламентировалась приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 марта 1999 г. № 100 «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению РФ» [156]. Согласно этому документу, в качестве основной задачи, поставленной перед службами скорой медицинской помощи, было оказание больным и пострадавшим доврачебной медицинской помощи, направленной на сохранение и поддержание важных функций организма, и доставка их в кратчайшие сроки в стационар для оказания квалифицированной помощи [38, 45]. При этом указывалось, что работа должна осуществляться, в основном, фельдшерскими бригадами, количество которых предполагалось увеличить [152].

Однако, как показала последующая практика, неоказание на догоспитальном этапе именно специализированной помощи неблагоприятно сказалось на состоянии пострадавших [150]. Так, по данным проведенных исследований лишь в половине случаев (50,3%) бригадами скорой помощи были применены методы устранения острого нарушения дыхания у пострадавших с тяжелой травмой, а в остальных – даже не предпринимались попытки его устранения [63, 241]. По мнению специалистов, такой низкий уровень качества проведения неотложных мероприятий на месте происшествия и в период эвакуации потерпевших в стационар связан с тем, что 71,4% бригад скорой медицинской помощи были укомплектованы фельдшерами, т.е. медицинскими работниками, не владеющими специализи-

рованными навыками оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим травматологического профиля [243, 244].

Кроме того, неэффективная деятельность скорой помощи была обусловлена не только укомплектованностью врачебными кадрами, но и недостаточной материально-технической оснащенностью, обеспечением медицинскими изделиями и лекарственными средствами. Так, по данным Ф.А. Габибулаева и М.С. Эртуханова купирование болевого синдрома с использованием наркотических анальгетиков применялось у 55,9% пострадавших. Частота использования наиболее эффективных обезболивающих препаратов – морфина и промедола (24% и 20% соответственно) – зависела от их наличия на подстанции. Наряду с этим, как показали результаты исследований, неэффективность обезболивания при тяжелой травме на догоспитальном этапе была обусловлена не только дефицитом лекарственных средств, но и несоблюдением показаний к их применению (в 14,5 %), недостаточной профессиональной подготовкой персонала бригад скорой помощи (в 18,5 %) [63, 243].

По данным Ф.А. Габибулаева [63] недостатки в системе оказания экстренной помощи травматологическим пациентам на догоспитальном этапе были обусловлены несвоевременным, а в 10,9% – неполноценным ее осуществлением [243].

Выявленные в ходе анализа проблемы в системе организации оказания экстренной помощи населению и пострадавшим заставили пересмотреть существовавшие подходы и принять меры к их усовершенствованию. Следует отметить, что динамика развития догоспитальной травматологической помощи на территории РФ претерпела ряд существенных изменений [73, 79, 83]. Так, были разработаны программы стандартизации оказания помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях [19]. Кстати, как отмечают аналитики, подобные программы и стандарты, введенные в западных странах еще в 1990-х гг., оказались достаточно эффективными и позволили снизить летальность при тяжелой сочетанной черепно-мозговой травме до 7% [77, 85, 257, 260, 267, 277, 325, 332]. В нашей стране также был разработан комплекс мероприятий, которые вошли в так называемую формулировку «Золотой час» при ДТП [103]. В принятом феде-

ральном законе от 25 ноября 2009 г. № 267-ФЗ «О внесении изменений в основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и отдельные законодательные акты Российской Федерации» было четко сформулировано понятие «первой помощи» – как немедикаментозного лечения до оказания медицинской помощи, т.е. это комплекс простейших мероприятий, направленных на временное устранение причин, угрожающих жизни пострадавших, и предупреждающих развитие тяжелых осложнений [103].

Во исполнении этого закона Минздравсоцразвития РФ были изданы приказы: от 8 сентября 2009 г. № 697н «Об изменении состава аптечки первой помощи» (автомобильной) и от 17 мая 2010 г. № 353н «О первой помощи», в которых был утвержден перечень мероприятий по оказанию первой помощи, включающий: порядок оценки обстановки при ДТП, вызова СМП и других служб; определение признаков жизни пострадавшего и его извлечение из транспортного средства; перемещение в безопасное место; восстановление и поддержание проходимости верхних дыхательных путей; проведение сердечно-легочной реанимации; остановку кровотечения и наложение повязок; проведение опроса больного на наличие сердечного приступа, герметизацию раны, фиксацию шейного отдела позвоночника; проведение фиксации конечностей; местное охлаждение; термоизоляцию при холодовой травме; придание оптимального положения [11]. Кроме того были внесены изменения в комплектацию автомобильной аптечки, в частности, такие лекарственные средства как анальгин, раствор бриллиантовой зелени, активированный уголь были изъяты, а введены средства для временной остановки наружного кровотечения и устройство для проведения искусственного дыхания [103, 105, 225].

Судя по опубликованным статистическим данным, реализация этих проектов позволила снизить смертность от ДТП более чем на 15% по сравнению с предыдущим периодом. Так число погибших в результате ДТП в 2007 г. составила 33 308 человек, в 2012 г. – 27 991 человек [42, 66, 159].

Несмотря на принятые меры, сложности в системе оказания экстренной травматологической помощи на догоспитальном этапе пока остаются. По-

прежнему, рационально не решены вопросы штатов и укомплектованности станций СМП кадрами [41, 53, 242]. Основная проблема связана с тем, что при возрастающей потребности населения в скорой помощи, наблюдается стабильная тенденция к сокращению численности фельдшерских и врачебных бригад общего профиля. Так, если в 2007 г. на территории РФ функционировали 3091 станций скорой медицинской помощи, то к 2012 г. их количество уменьшилось до 2841, т. е. на 8% [91].

Известно, что на уровень эффективности работы скорой медицинской помощи влияет и несовершенство в работе амбулаторно-поликлинического звена системы здравоохранения. Как отмечено в «Концепции развития системы здравоохранения РФ до 2020 года», отсутствие системы патронажа и неэффективное наблюдение за больными с хронической патологией привели к тому, что СМП населению страны выполняет функции амбулаторно-поликлинической службы [67, 242]. По этой причине достаточно велико количество необоснованных вызовов скорой медицинской помощи [242]. Так, по данным проведенных исследований, из всех обращений населения в службу 03 (в настоящее время единый номер по г. Москва – 103) 11% были необоснованными, причем, 23% – по поводу травм [63]. В 43% случаев необоснованных вызовов медицинская помощь могла быть оказана медицинскими работниками поликлиник и травматологических пунктов [63, 243]. Наряду с этим, на эффективность работы системы оказания экстренной помощи в условиях мегаполиса оказывает влияние и транспортное затруднение, препятствующее своевременному самостоятельному обращению населения в ближайшие медицинские учреждения [178, 224].

Таким образом, изучение состояния организации неотложной помощи в мегаполисе при травме на догоспитальном этапе свидетельствует, что основными проблемами являются уровень профессиональной подготовки бригад скорой помощи, техническая оснащенность станций и их обеспечение медицинскими изделиями и лекарственными препаратами, отсутствие четких стандартов при оказании ургентной помощи.

Если при оказании первой медицинской помощи одним из ключевых условий является соблюдение правила «золотого часа», то фундаментальным принципом организации помощи у пострадавших с сочетанной травмой служит понимание ее как специализированной [256, 260, 275, 298]. В США и странах Западной Европы еще в конце прошлого века была введена система лечения пострадавших с политравмой, предусматривающая максимальное приближение к месту происшествия, а также сведение к минимуму этапности и сроков оказания всех видов хирургической помощи [262, 263, 265, 272, 276, 290]. К сожалению, в нашей стране еще многие вопросы остаются на уровне дискуссий, хотя должны выдвигаться как тактические и беспрекословные правила оказания стационарной помощи [39, 146, 208, 234, 235]. Ключевыми являются тактика диагностики, сроки и методы выполнения раннего остеосинтеза у пострадавших, последовательность оперативного лечения [209, 216, 236].

В 2009 г. Министерство здравоохранения и социального развития РФ приказом от 10 марта № 198 «О финансовом обеспечении в 2009 г. за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях» утвердило нормативный перечень оборудования для государственных и муниципальных учреждений системы здравоохранения, необходимого для оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП, в который вошли: томографы магнитно-резонансный 0,5-1,5Т и рентгеновский компьютерный 64 среза, комплекс диагностический для ультразвуковых исследований, аппараты искусственной вентиляции легких и наркозно-дыхательный, монитор слежения, стойка эндоскопическая универсальная, анализаторы кислотно-щелочного и газового состава крови, а также показателей гемостаза [26, 51].

Однако, как показала практика, на качество организации экстренной помощи на госпитальном этапе влияет не только оснащенность лечебно-профилактического учреждения необходимыми техническими и лекарственными средствами, но и укомплектованность кадрами, особенно специалистами [235]. В августе 2010 г. Министерством здравоохранения и социального развития РФ в ра-

нее изданный приказ от 01.11.2004 г. № 179 были внесены изменения в порядок оказания скорой медицинской помощи, в котором предусматривалось, что кроме станций СМП, соответствующих отделений и лечебно-профилактических учреждений экстренную медицинскую помощь могут оказывать и отделения экстренной помощи, которые должны создаваться на базе лечебно-профилактических учреждений коечной мощностью не менее 400 коек при условии ежегодного поступления не менее 50 больных с экстренными показаниями [37]. Как свидетельствуют аналитические данные, усиление специализированного звена на госпитальном этапе оказания экстренной помощи пострадавшим травматологического процесса, наряду с внедрением высокотехнологичной медицинской помощи, явилось одним из приоритетных направлений государственной политики в области здравоохранения за последние несколько лет, начиная с 2009 г. В своем ежегодном Послании Президент РФ назвал в качестве одной из мер, необходимых для выхода России из демографического кризиса, развитие медицинской техники, технологий и фармацевтики [22, 23, 24]. В целом, по статистическим данным многих исследователей наблюдается положительная динамика: отмечен рост числа оперативных вмешательств, нарастание хирургической активности по экстренным показаниям [151, 155].

Тем не менее, несмотря на принимаемые меры (затраты на систему здравоохранения в 2013–2014 гг. составили 6,2% от ВВП), эксперты вынуждены констатировать, что концептуальная идея медицины – оказание доступной и качественной медицинской помощи продолжает деградировать, что особенно заметно именно в работе экстренной травматологической службы [159, 160]. Количество вопросов по организации и качеству оказания экстренной травматологической помощи только возрастает [123, 128, 160]. По результатам проведенного страховыми медицинскими организациями (с января по июнь 2013 года) анализа 438 экспертиз качества медицинской помощи больным травматолого-ортопедического профиля установлено, что в 29,3% выявлены серьезные нарушения [155], которые связаны как с нарушениями в выполнении необходимых лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с порядком и стандартами

медицинской помощи (32%), так и с дефектами оформления и ведения первичной медицинской документации (в 11,9% случаев) [89, 181, 182].

Таким образом, современное состояние экстренной травматологической помощи в условиях мегаполиса требует проведения детального анализа по выявлению упущений как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах, на основании которого необходима концептуальная разработка научно-обоснованных и практически значимых мер организации экстренной травматологической помощи.

По данным экспертов по вопросам безопасности пациентов Гарварда в 1991 г. медицинские ошибки привели к смерти пациентов в 13,6% случаев, а в 2,6% – к их инвалидности [69, 297, 302, 354]. Согласно данным ежегодного отчета «The Commonwealth Fund USA», врачебные ошибки регистрируются в 4–17% от всех случаев госпитализации, хотя в 70% случаев неблагоприятный исход можно было бы предотвратить [258, 264, 268, 274, 283, 306]. Эти лишь немногие факты свидетельствуют о глобальности проблемы безопасности в медицине [281, 303, 309, 313, 322, 341].

В 2004 г. 57-й Всемирной ассамблеей здравоохранения была определена приоритетная задача – кардинально усилить безопасность и качество лечения [70, 311, 317, 320, 334, 349].

Следует отметить, что критерии безопасности медицинской помощи оцениваются по ряду условий: использование только сертифицированного и проверенного должным образом оборудования, разрешенных к применению лекарственных препаратов и расходных материалов; правильные действия медицинского персонала (при назначении фармакотерапии, выполнении вмешательств и использовании оборудования); адекватная оценка соотношения риска и потенциальной пользы от вмешательства [71, 348, 352, 355].

В России цель улучшения здоровья населения была поставлена в указах Президента РФ от 7 мая 2012 года: № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» и № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации»[6]. В результате модернизации системы здравоохранения продолжительность жизни Российских граждан должна

достигнуть к 2018 г. 74 лет, а численность населения страны – 145 млн человек [6].

Однако, несмотря на предпринимаемые в этом направлении меры, в здравоохранении РФ существуют проблемы, которые препятствуют достижению вышеуказанных целей. По данным исследования К.А. Муравьева, среди причин летальности больных хирургического профиля, доставленных в стационар по экстренным показаниям, на первом месте стоит поздняя обращаемость пострадавшего в стационар; на втором –- недостаточная диагностическая база ЛПУ и отсутствие медикаментов; на третьем – недостаточная работа амбулаторной службы, диспансерного наблюдения; на четвертом – низкая укомплектованность кадрами; на пятом – наличие у пациентов тяжелой сопутствующей патологии, их инкурабельность; на шестом – ошибки диагностики и врачей стационаров, их недостаточный профессионализм врачей, ошибки; на седьмом - ошибки СМП; на восьмом - отсутствие ургентной службы, реанимационных отделений, возможности проведения круглосуточных исследований [151]. По мнению ряда авторов Г.З. Улумбековой, М.В. Пирогова наряду с дефицитом финансового и материально-технического обеспечения, диспропорцией медицинских кадров, основная проблема – это неудовлетворительное качество медицинской помощи [176, 222].

Действительно, по данным социологических исследований, почти 51% населения страны высказывают неудовлетворенность уровнем медицинского обслуживания в муниципальных поликлиниках по месту жительства, 59% не довольны оказываемыми медицинскими услугами в больничных учреждениях [157, 199].

Чтобы выяснить причины неудовлетворенности населения качеством медицинской помощи, а, следовательно, найти пути их решения, необходимо, прежде всего, выяснить, что собственно подразумевается под самим понятием «качество медицинской помощи», по какому набору признаков оно оценивается и кем?

Как отмечают эксперты, оценка пациентами качества оказания медицинской помощи складывается из их суждения о деятельности медицинских учреждений по таким параметрам, как: отношение врачей к проблемам пациента, отношение к

пациентам со стороны среднего и младшего медицинского персонала, добросовестное выполнение функциональных обязанностей, культура обслуживания, уровень доверия к медицинскому персоналу, условия пребывания в стационаре, состояние территории медицинского учреждения, порядок госпитализации, интенсивность лечения, условия ожидания очереди на прием. Причем отмечено, что оценка условий пребывания в стационаре с возрастом снижается. [151, 191, 232].

Что же касается законодательного определения качества медицинской помощи, то очевидно, что критерии качества напрямую зависят от уровня развития самой системы, которая, по сравнению с предыдущим периодом, претерпела значительные изменения и сегодня также активно модернизируется [214]. Эволюцию правовой основы системы контроля качества в Российском здравоохранении можно проследить хронологически по следующим документам: прежде всего, это Закон о медицинском страховании (постановление правительства РФ от 10.11. 1993 г. № 1018), приказ Минздравсоцразвития о ведомственном и вневедомственном контроле (от 24 октября 1996 г. №363/77), Постановление Правительства и Программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи (от 11.09.1998 №1096), приказы Минздрава РФ «О введении в действие Протоколов ведения больных» (1999 г.), «О введении института уполномоченных по качеству» (2001 г.), «О ведомственном и муниципальном контроле» (2015 г) [4, 17, 18, 20, 21].

В ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» от 1993 № 323-ФЗ есть ссылка только на качество и доступность медицинской помощи, критерии которых устанавливаются Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. К ним отнесены:

- удовлетворенность населения медицинской помощью;
- число лиц, страдающих социально значимыми болезнями, с установленными впервые в жизни диагнозом;
- число лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами;

- смертность населения (в т.ч. отдельные показатели смертности в трудоспособном возрасте от сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, туберкулеза, от внешних причин, в результате ДТП), материнская, младенческая;
- охват населения профилактическими осмотрами, проводимыми с целью выявления туберкулеза;
- доступность медицинской помощи на основе оценки реализации нормативов объема медицинской помощи во видам в соответствии в Программой, а также установленных территориальной программой сроков ожидания гражданами медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке;
- эффективность использования ресурсов здравоохранения (кадровых, материально-технических, финансовых), в т.ч. показатели обеспеченности населения врачами, средним персоналом и больничными койками [156].

В ФЗ № 323 принятом 21 ноября 2011 г. ряд положений ФЗ № 323 от 1993 г. утратили силу, однако в новом Законе уже четко определены многие дефиниции, связанные с оказанием МП, введены новые принципы охраны здоровья граждан, конкретизированы механизм реализации прав пациентов. В первой редакции ФЗ № 323, которая была принята Государственной Думой РФ, качество медицинской помощи определялось как «…уровень соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам медицинской помощи». Однако в окончательной редакции формулировка была изменена на следующую: «качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата». [29]. Закон № 323, принятый в новом чтении в 2011 г., имеет большое значение в формировании единой правоприменительной практики. При этом контроль качества медицинской помощи, осуществляемой в рамках «Программы госгарантий», был возложен на несколько организаций: на органы Росздравнадзора и Роспотребнадзора, государственные фонды ОМС и страховые медицинские организации, работающие в системе ОМС [5].

К компетенции Росздравнадзора было отнесено осуществление контроля за выполнением лицензионных требований и условий для осуществления медицинской деятельности, соблюдением стандартов качества медицинской и медико-социальной помощи, надзор за качеством услуг по проведению ряда медицинских экспертиз: временной нетрудоспособности, связи заболевания с профессией, медико-социальной, судебно-медицинской и психиатрической (услуг по диспансеризации и диспансерному наблюдению, по реабилитации инвалидов и больных профессиональными и хроническими заболеваниями) [29]. Роспотребнадзор осуществлял надзор за соблюдением санитарного законодательства, а также выполнением лицензионных требований и условий для осуществления деятельности, связанной с использованием источников ионизирующего излучения и связанной с возбудителями инфекционных болезней [30].

Согласно части 6 ст. 40 ФЗ № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», экспертиза КМП определена как «выявление нарушений в оказании МП, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи» [4]. При проведении экспертизы оказанная помощь должна проверяться на соответствие договору оказания медицинской помощи по ОМС, соблюдения порядка оказания и ее стандартам, а также «сложившейся клинической практике» [31].

Как отмечают эксперты, несмотря на усиление контроля за соблюдением требований, предъявляемых при оказании медицинской помощи, не способствовало улучшению ее качества, так как отсутствовала единая государственная система объективных показателей измерения качества [76, 96, 215].

В 1996 г. Минздравсоцразвития РФ был издан новый приказ №363/77 «О совершенствовании качества медицинской помощи населению РФ», согласно которому были учреждены системы ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи (КМП) [29, 30]. Действие приказа распространялось на все территориальные фонды и страховые медицинские организации в 90

субъектах Российской Федерации и г. Байконуре. В 1996 г. «индикаторы качества» согласно приказу Минздравсоцразвития РФ №363/77 включали 15 показателей, такие как приобретение госпитальной инфекции, хирургические раневые инфекции, больничная летальность, смертность, индикаторы объединяли 16 показателей, относящихся к стационарному лечению и 5 – к амбулаторному. Кроме этих показателей, относящихся к неотложной помощи, в проект вошли показатели, связанные с психиатрической помощью и длительностью лечения [28].

Таким образом, несмотря на дальнейшую разработку рассматриваемой проблематики, а именно, введение «специализированных» индикаторов, отсутствие системности в выборе критериев (понятий), объединяющих эти индикаторы, не позволяло выработать общие подходы к оценке качества медицинской помощи, как в амбулаторном, так и в стационарном звене [96]. Следует отметить, что разработанные критерии в основном касались общей хирургической и акушерско-гинекологической и отсутствовали для экстренной травматологической помощи.

Рассматривая вопросы повышения КМП, нельзя обойти стороной и проблему эффективности лечебного процесса. Для оценки состояния медицинской организации необходимы индикаторы как КПМ, так и эффективности лечебного процесса. Основным источником сбора информации для оценки этих индикаторов являются истории болезни, карты выбывших из стационара, амбулаторные карты, которые обрабатываются медицинскими статистиками, выявленные дефекты вносятся в ежемесячные квартальные отчеты [87, 96].

Обеспечение КМП – приоритетная цель деятельности системы здравоохранения; высокое КМП является следствием качественных систем организации помощи, технологических процессов и ресурсов, достижение высокого качества невозможно без принципиального изменения системы организации и руководства здравоохранения [82, 96].

Требования к качеству МП не являются неизменными, они ежегодно возрастают. В последнее время наиболее актуальными считаются экономические методы управления, как наиболее действенный механизм обеспечения качества МП. Суть экономических методов – прямое, либо косвенное воздействие на интересы

производителя медицинских услуг путем влияния на цены, прибыль, налоги, оплату труда работников [217]. В России повышение роли экономических методов управления становится особенно актуальным в связи с поэтапным изменением типа медицинских организаций в соответствии с Федеральным законом от 08.05.2010 №83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» [28, 100]. Можно выделить ряд тенденций, сложившихся в отечественном здравоохранении за последние годы и зафиксированных на законодательном уровне:

1. снижение централизации управления отраслью и усиление роли регионального уровня управлением здравоохранением;

2. доминирование системы ОМС в качестве источника финансирования ЛПУ (сокращение объемов бюджетного финансирования);

3. увеличение для ЛПУ значимости деятельности, приносящей доходы;

4. множественность форм собственности;

5. повышение роли профсоюзных организаций в управлении здравоохранением.

Использование экономических методов управления и мотивации сотрудников направлено на обеспечение достижения наилучших результатов обслуживания: добиться более полного удовлетворения требований населения к качеству медицинских услуг; ускорить процесс преодоления инертности в развитии отрасли; усилить экономическую заинтересованность работников ЛПУ в результатах своего труда; повысить уровень самоконтроля и профессионального контроля со стороны коллег, сведя к минимуму потребность в административном контроле [90, 100]. Система предполагает использование различных критериев оценки качества оказанной помощи на основании объективных показателей деятельности медицинских учреждения и состоянии здоровья пациентов [34, 55, 60]. Они отражают достигнутые результаты лечебно-диагностического процесса (как позитивные, так и негативные), в том числе внедрение в практику новых технологий: на основании оценки деятельности со стороны врачей и медицинских сестер (с уче-

том степени оснащенности современным высокотехнологичным лечебно-диагностическим оборудованием, инструментарием, медикаментами); на основании оценки деятельности со стороны пациентов (в основном деонтологические аспекты работы медицинского персонала). Однако экономические методы управления качеством МП не всегда применимы к экстренной травматологической помощи, поскольку травма у пострадавших возрастных групп может привести к обострению имеющейся хронической патологии, т.е. лечение таких пациентов связано с дополнительными затратами [107, 120].

Наиболее значимым документом, принятым в последнее время по организации за качеством оказания МП является постановление Правительства РФ № 1152 от 12 ноября 2012 г. «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности», в котором конкретизированы мероприятия по контролю за качеством МП [20]. В 2012 г. приказом МЗ РФ был утвержден порядок организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности (от 21 декабря 2012 г. № 1340 «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности»). В развитии данных нормативных документом ДЗ г. Москвы в 2013 г. был утвержден приказ об организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (от 16 августа 2013 г. № 820 «О совершенствовании организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы»), в котором указаны цели и задачи, порядок и рекомендации по осуществлению внутреннего контроля качества МП в ЛПУ [16].

Согласно вышеупомянутым нормативным документам в настоящее время система внутреннего контроля уровня качества медицинской помощи действует постоянно, обеспечивает достоверность статистической информации и осуществляется в стационаре в следующем порядке [55, 136]. На первой ступени заведующие отделениями оценивают уровень качества помощи, оказанной каждым врачом отделения тем больным, которые закончили у него лечение (с использовани-

ем утвержденных стандартов оказания медицинской помощи); вторая ступень – заместитель главного врача по лечебной работе путем ежедневной экспертной оценке не менее 20% медицинских карт стационарных больных, закончивших лечение (с использованием экспертной шкалы); третья ступень – это врачи эксперты высокой квалификации, способные провести детальный анализ спорных случаев и оценить обоснованность различных точек зрения и подходов к лечению, а не только формальное выполнение требований стандартов. [217].

Таким образом, прослеживается дальнейшая тенденция к возрастанию числа параметров и контролирующих уполномоченных органов, определяющих надлежащее качество и доступность медицинской помощи. Однако, как показывают исследования, подходы к оценке качества и доступности МП у каждого контролирующего органа различны (по удовлетворенности пациентов, результату, процессу, структуре), отсутствует единая методология проведения экспертизы (балльная оценка на основе перечня критериев для отдельного заболевания; оценка по индикаторам качества, включенным в стандарты лечения; непосредственная количественная оценка качества процесса медицинской помощи, оценка по связи лечебно-диагностического процесса с отрицательными результатами медицинской помощи; оценка на основе алгоритмов исследования качества врачебного процесса) [100].

Одним из критериев качества МП является достижение максимального результата, что требует понимания реальных перспектив лечения [71, 72]. Эти перспективы зависят не только от возможностей ЛПУ (наличия материально-технической базы, соответствующего количества специалистов требуемой квалификации, соблюдение медицинских технологий и т.д.), но и от состояния пациента (наличие хронических заболевания, состояния психического здоровья), что особенно актуально у пострадавших с травмами ОДА. Именно беседа лечащего врача в каждом конкретном случае, с разъяснением перспектив лечения пациенту и его родственникам, позволяет избегать значительного ряда конфликтов. Однако на практике, согласно статистическим данным, лишь 56,4% пациентов при полу-

чении информированного добровольного согласия обсуждали возможные результаты лечения с лечащим врачом [100, 164].

Таким образом, несмотря на значительное количество мер, направленных на повышение КМП, по данным социологического исследования, неудовлетворенность КМП растет, однако судить об этом в отношении экстренной травматологической помощи не представляется возможным, поскольку социологические исследования не проводились и отсутствуют критерии, которые бы позволяли объективизировать оценку качества оказания этой помощи.

Оказание медицинской помощи сопряжено с многочисленными правовыми рисками, поэтому на законодательном уровне введено понятие правовой категории услуги, применяемое к медицинской деятельности, которое вызывает немало споров как среди врачей, так и среди юристов [64]. Медицинская услуга трактуется как медицинское вмешательство или комплекс таких вмешательств, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, а также на медицинскую реабилитацию, имеющих законченное значение и определенную стоимость и оказываемых медицинскими работниками [5].

Медицинское вмешательство – любой вид обследования или лечения, затрагивающий сферу организма человека, имеющий профилактическую, диагностическую лечебную, реабилитационную направленность, выполняемый медицинским работником к конкретному человеку [5].

С морально-этической точки зрения врачу, особенно оказывающему экстренную медицинскую помощь, направленную на спасение жизни пострадавшего, трудно осознать себя в качестве производителя, исполнителя медицинских услуг в интересах их потребителя – пациента [211]. Администрация медицинских организаций в полной мере не готова к пониманию медицинских услуг в качестве продукта, подлежащего реализации [213]. По мнению специалистов в области медицинского права, медицинская услуга как и другие услуги, является товаром, отличаясь лишь тем, что включает в себя медицинскую помощь как специальное целенаправленное воздействие на здоровье [48].

Медицинская услуга представляет собой специальную профессиональную услугу в рамках обоснованного риска по договорным обязательствам, вне которых возникновение физического, материального и морального ущерба не является правомерным [168]. Результат медицинской услуги – это определенный уровень состояния здоровья, обусловленный надлежащим ее исполнением [48, 58, 88, 168].

Качественно выполненная медицинская услуга, по мнению Г.А. Пашиняна, подразумевает ее оказание с надлежащим результатом, т.е. достижение в каждой конкретной ситуации оптимального баланса пользы и риска для здоровья и благополучия пациента [167].

По данным статистики ряда регионов ежегодно число случаев причинения вреда жизни и здоровью граждан вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи только в условиях стационара составляет около 150 тыс., а расхождение клинических диагнозов в стационарах крупнейших мегаполисов страны – Москвы и Санкт-Петербурга – 20%. [49, 58]. Показатели расхождения врачебных диагнозов, по мнению пациентов, составляют около 17% [32, 157].

На протяжении последних нескольких лет наблюдается стабильный рост судебных исков пациентов к медицинским работникам [88, 102]. Так, по данным Московского городского фонда ОМС (МГФОМС) в 2014 г. к судебному производству было принято 129 дел на общую сумму 2 904 035 рублей [163]. Статистика Федерального фонда ОМС свидетельствует, что в 2003 г. в судебном производстве находилось 661 судебных дел, из которых 288 судебных исков были удовлетворены, на 2011 г. количество судебных дел было 584, отмечено увеличение доли судебных исков с возмещением материального ущерба (309 дел) [156, 159]. В 2014 г. выявляемость правонарушений в сфере охраны здоровья составила 47% (в 2013 г. – 40%) [42]. Доля организаций, в которых выявлялись правонарушения, увеличилась до 61% (в 2013 г. – 40%) [159]. По результатам контрольных мероприятий назначено административных штрафов на сумму более 73 млн рублей, что в 1,6 раза больше, чем в 2013 г. [68]. В 2014 г. доля уплаченных в бюджет штрафов, возросла до 81% [68]. Соответственно выросла и частота дефектов ока-

зания медицинской помощи по вине ЛПУ от общего числа проведенных ЭКМП с 1,6 до 3,5%. [158]. Ежегодно смерть пациентов в результате ошибочных действий медицинских работников наступает в 45–50 тысяч случаев [32].

По данным круглого стола профильной комиссии Общественной палаты РФ, процент вскрытий умерших в стационарах в 2011 г. составил 60%, а расхождение прижизненного и посмертного диагнозов – 10–15%, для умерших дома он еще выше и колебался от 50 до 70%, причем около 80% россиян умирали дома [104]. Если в начале 2000 г. размер компенсации морального вреда был символическим, то в настоящее время наметилась стойкая тенденция к увеличению суммы возмещения: так, за 2010 г. центр медицинского права г. Омска выиграл 11 решений в пользу истцов по искам, связанными с последствиями врачебных ошибок, на общую сумму 9020 тыс. рублей, т.е. около 820 тыс. рублей в среднем по каждому делу [113]; 50% жителей считают, что они или их родственники сталкивались с врачебными ошибками, а 90% конфликтов возникают от нежелания и неумения разговаривать с пациентами [197].

По мнению экспертов, число обоснованных претензий по установлению дефекта МП в случае смерти пациента к 2020 г. может составить до 150 тыс. случаев в год (причем, с учетом лиц старше трудоспособного возраста – 500 тыс. случаев). Потенциально число претензий при признании инвалидности из-за дефекта оказания МП – до 170 тыс. ежегодно [193, 212].

Чаще всего претензии пациенты предъявляют к оказанию экстренной МП, что составляет 64,0% от всех предъявляемых претензий к сфере оказания медицинских услуг [203, 213]. Число претензий к врачам-травматологам в последние годы также возрастает. Так, если в 2005 г. доля претензий к ним составляла 3,3% от общего числа всех комиссионных экспертиз, то в 2007 г. – около 6,0% [221]. При этом доля дефектов травматологической помощи на госпитальном этапе составляет 90%, а на догоспитальном – 10% [203, 221].

Согласно последним исследованиям была предложена классификация выявленных дефектов при оказании медицинской помощи и выделены четыре группы, в зависимости от этапа ее оказания:

1) дефекты при сборе информации,

2) дефекты при диагностике,

3) дефекты при лечении,

4) дефекты на этапе преемственности.

По данным многих авторов больше всего дефектов возникает на этапе исследования (до 55,6%), далее: 35% – из-за неоптимального использования клинических ресурсов лабораторной и инструментальной диагностики; 9,4% – на этапе обследования (отказ от привлечения врачей-консультантов) [102, 138, 213].

Следует отметить, что значительную долю претензий, разбираемых в судебном порядке, составляли случаи, когда пациент считал, что риск вмешательства (или отказа от вмешательства) был ему недостаточно разъяснен [99, 100, 199].

В 67–79% случаях к возбуждению уголовных дел или предъявлению гражданского иска служили жалобы потерпевших или их родственников [58, 122, 203], причем максимальная продолжительность периода от подачи иска до окончательного расследования независимо от наличия или отсутствия дефектов медицинской помощи составляла от 800 до 1000 дней [166, 169].

В зависимости от степени нарушений качества МП может наступить юридическая ответственность, которая с учетом тяжести противоправных действий медицинского персонала, если она доказана, квалифицируется по соответствующим статьям УК РФ [25]:

- халатность (ст. 293 УК РФ);
- причинение смерти по неосторожности (часть 2, ст. 109 УК РФ);
- причинение вреда здоровью по неосторожности (ст. 118 УК РФ);
- неоказание помощи больному, оставление в опасности (ст. 124, 125 УК РФ).

Поводом для возбуждения гражданского или уголовного дела будет служить не только факт взаимодействия медицинского персонала и пациента – служебного или профессионального, но и наличие у пациента вреда здоровью вследствие этого воздействия. Степень тяжести этого вреда может повлечь уголовную ответственность, либо ограничится его возмещением [113, 175]. После проведе-

ния предварительного расследования органами дознания или следствия решается вопрос о наличии признаков преступления, его состав и квалификация.

Источником доказательств наличия упущений при оказании медицинской помощи, имеющие признаки преступления, является заключение комиссионной СМЭ. Вместе с тем разные комиссии, используя одни и те же источники информации, нередко приходят к противоположным заключениям [46, 112]. Это связано с тем, что основными источниками информации являются первичная медицинская документация, результаты клинического анализа неблагоприятных исходов, материалы ведомственной проверки качества оказания МП, нормативные акты и научная литература, материалы уголовного дела, которые в свою очередь могут содержать противоречащие друг другу данные, суждения, толкования [220]. Отсутствие единообразия, таким образом, затрудняет правовую оценку экспертных выводов и свидетельствует о несовершенстве имеющихся методических подходов к экспертной оценке неблагоприятных исходов [106].

Как показывает судебная практика, наиболее существенным правовым вопросом при оценке оказываемых медицинских услуг является определение юридически значимых критериев качества [64].

По данным проведенных исследований все неблагоприятные исходы можно сгруппировать следующим образом:

а) летальный исход непосредственно в процессе лечения в ЛПУ или в очевидной временной связи с ним;

б) ухудшение состояния здоровья пациента во время госпитализации (амбулаторного лечения) или в очевидной временной связи с ним;

в) отсутствие динамики заболевания или неудовлетворенность пациента ее развитием [48].

В то же время, как показывают исследования, причина неблагоприятного исхода может быть не только от действий или бездействий медицинского персонала, но и самого больного [203]. Под действием или бездействием больного подразумевается: отказ от медицинского лечения, позднее обращение, включая

крайне тяжелое состояние, асоциальное поведение, отказ больного от каких либо вмешательств или перевода в другое ЛПУ [125, 132].

Действие или бездействие врача, зависящее от самого врача, заключается в правильной или неправильной диагностике, неправильном лечении заболевания, а также действиях деонтологичекого характера [195, 199]. В таких случаях рассматриваются вопросы правильно собранных жалоб, данных анамнеза, изложение результатов осмотра, обоснованности диагноза. Ключевым моментом является наличие четкого плана лечения и обследования, соответствие лечения научно обоснованным стандартам, грамотное ведение дневников [47]. Однако есть обстоятельства, которые не зависят от действия или бездействия врача. Это неудовлетворенность научно-практической разработанности методов лечения, состоянием материально-технической базы медицинского учреждения, организацией в нем лечебного процесса, возможности или невозможности использования в интересах больного материально-технической базы других ЛПУ.

Одним из важных этапов является регистрация взаимоотношений путем составления договоров, листов согласия с планом лечения, на различные вмешательства у разных специалистов [89, 171], которые включены в сферу государственных услуг, что в значительной мере упрощает экспертную оценку [99]. Если же эта документация отсутствует, то это расценивается как ограничение прав граждан на выбор лечащего врача, медицинского учреждения и высокотехнологичной медицинской помощи. Вторым этапом оценки является изучение результатов клинического анализа, при этом обращается внимание на соответствие проведенного лечения стандартам оказания помощи [39, 114]. На третьем этапе проводится анализ результатов ведомственной оценки качества оказания МП. Оценивается информация о соответствии проведенного лечения в данном ЛПУ, а также сведения о нарушениях организации труда. Затем идет изучение нормативных актов и научной литературы [112]. Проводится сопоставление оказанной помощи с рекомендациями с точки зрения современной науки, а также с теми нормативами ее оказания, которые предусмотрены Программой государственных гарантий. При экспертной оценке исследуют устав ЛПУ, его штатное расписание, положе-

ние о структурном подразделении, положение о деятельности врача, примерный табель материально-технического оснащения. Следующий этап - это установление причин и вида неблагоприятного исхода. Наконец, проводится обобщение полученной информации. Для получения объективного мнения экспертная комиссия должна:

а) оценивать действия врача как правильные или неправильные на основании этапного сравнительного анализа всех источников информации, не используя в выводах экспертизы термины «дефект», «ошибка», которые несут за собой термин вины;

б) оценивать причинно-следственную связь неблагоприятного исхода в виде вреда здоровью с учетом медико-биологических критериев вреда здоровью.

При выявлении причинно-следственной связи неблагоприятного исхода с нарушениями лечебного процесса комиссия должна вынести соответствующее заключение, а его последствия оценить по степени тяжести вреда, причиненного здоровью в соответствии с судебно-медицинскими критериями [153].

Как уже отмечалось выше, одним из критериев противоправных действий является несоблюдение стандартов лечения [177]. Если имелось определенное отступление от общепринятых стандартов лечения и наступает неблагоприятный исход, либо требуется возмещение материальных затрат, то необходима экспертная оценка качества медицинской помощи, которая может быть проведена в рамках уголовного или гражданского судопроизводства [110]. Начиная с 1998 г. Миндравсоцразвития РФ проводится стандартизация оказания медицинской помощи [60]. В 1999 г. были приняты первые так называемые «протоколы ведения больных», которые были созданы в соответствии с утвержденным планом работ и положениями по разработке документов. Всего было принято 50 протоколов. Однако ни один из них не касался оказания помощи пострадавшим травматологического профиля. Приказом Минздрава России в ММА им И.М. Сеченова была создана лаборатория (затем – отдел) стандартизации, который был ликвидирован в 2011 г. [60]. Однако необходимо отметить, что протоколы ведения разрабатывались в предположении неограниченного финансирования. В итоге, начиная с

2007 г., Минздравсоцразвития остановило разработку проколов ведения больных и перешло на создание стандартов медицинской помощи. В связи с тем, что ФЗ № 323 закрепил положение о том, что «государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем проведения проверок соблюдения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, поэтому уже к 2013 г. Минздравом было разработано около 1300 стандартов, однако такое их количество на практике оказалось нецелесообразным, поэтому было принято решение сократить их число до 800 [143, 200].

По мнению многих экспертов, в настоящее время имеется много вопросов относительно стандартов оказания экстренной травматологической медицинской помощи, т.к. стандартизация лечения не является безупречной, особенно при лечении пациентов с травмами ОДА. Более того, существуют определенные ограничения в стандартизации лечебно-диагностического процесса [84, 139, 145, 189, 198]. Прежде всего, это связано с развитием научных достижений: медицинская наука активно развивается как за рубежом, так и в нашей стране, а правовая процедура введения стандартов, к сожалению, по своим темпам уступает, поэтому и оказывается, что только что принятые стандарты с научной точки зрения уже устарели, например, в отношении лечения проксимальных переломов бедра [95, 172]. Кроме того, стандарты постоянно подвергаются критике со стороны различных школ, практикующие иные медицинские подходы (например, при стандартизации лечения пациентов с сочетанной травмой) [118, 137, 207]. Также, по мнению исследователей, на практике соблюдение требований стандартов (скорее – протоколов лечения, содержащих алгоритм лечебно-диагностических мероприятий) возможно только в отношении небольшого числа неотложных состояний [29].

По мнению ряда специалистов, в случае неосуществления вмешательства, не указанного в стандарте, но возможного для предотвращения вреда жизни и здоровью пациента, стандарт никогда не защитит медицинскую организацию от правовой ответственности [134]. Следовательно, формальный подход к оценке

правильности (правомерности) действий медработников на основании единственного критерия соблюдения стандарта может иметь самые негативные последствия. Например, контролирующие органы могут оценить как неправомерные действия врача, которые соответствовали состоянию больного (например, исключение из плана лечения некоторых лечебно-диагностических мероприятий и лекарственных препаратов, входящих в стандарт) [186, 187]. Таким образом, при формальном подходе снижается роль врача в разрешении конкретных сложных ситуаций, нивелируется роль клинического мышления, что в конечном итоге может негативно сказаться на лечении пациента. Идеология обязательности исполнения стандартов медицинской помощи порочна не только с юридической точки зрения, но и с позиций традиционных подходов к медицине. В тоже время стандарт позволяет установить объем лечебно-диагностической помощи [185, 186]. С точки зрения гражданского законодательства, оценка экспертом медицинской помощи является оценкой на «соответствие услуги требованиям, предъявляемым к подобным услугам или целям из обычного использования» (Закон РФ от 07.02. 1992 №2300-1 «О защите прав потребителей») [2]. В п. 4 постановления Пленумов Верховного Суда РФ и Высшего Арбитражного Суда РФ №6/8 от 01.06.1996 в качестве примера обычно названы «традиции исполнения тех или иных обязанностей». В медицинской деятельности подобные традиции, связанные с лечебно-диагностическими технологиями и признанные медицинским сообществом, широко применяются, соответствуют канонам медицинской науки и позволяют достичь максимально положительного результата, исходя из реальных возможностей врачей и медицинской организации [31].

При оценке действий медицинского работника, с точки зрения надлежащего исполнения им профессиональных обязанностей, следует базироваться на оценке их соответствия закону, подзаконным нормативно-правовым актам, регулирующим медицинскую деятельность (в т. ч. стандартам) и требованиям, обычно предъявляемым к услугам подобного рода [29, 130].

Статья 40 ФЗ от 29.11. 2010 № 326 «Об обязательном медицинском страховании в РФ», касающаяся организации контроля объемов, сроков, качества и

условий предоставления медицинской помощи, гласит: «экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи» [4]. В реальной клинической ситуации важно не само по себе соответствие медицинской помощи стандарту, важен достигнутый результат лечения: выздоровление, улучшение, достижение ремиссии заболевания. Как показывает практика, вполне вероятно, что результата можно достичь, не выполнив требования стандарта в полном объеме, а можно не достичь, выполнив при этом все требования. Это может быть объяснено тем, что, когда помимо основного заболевания у больного имеется несколько сопутствующих, в таком случае применение стандартов медицинской помощи по каждому из них может привести к избыточному количеству диагностических и лечебных мероприятий. Варианты развития событий таковы:

а) стандарт соблюден, результат достигнут;

б) стандарт не соблюден, но результат также достигнут;

в) стандарт соблюден, но результат не достигну;

г) стандарт не соблюден результат не достигнут.

При неоказании дополнительных лечебно-диагностических мероприятий в случае причинения вреда жизни и здоровью, необходимых для предотвращения вреда (даже неоплачиваемых), для медицинской организации может наступить гражданско-правовая, а для медицинских работников – уголовная ответственность. Иными словами, для устранения угрозы жизни и здоровью пациента необходимо сделать все возможное.

Необходимо отметить, что закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не обеспечивает равенства пациентов и медицинских работников [134], а именно, для пациентов установлены права, а для медицинских работников – обязанности, часто трудно реализуемые. На практике оказывается, что пациент является субъектом прав и наделен комплексом прав и обязанностей, а врач – нет [194]. Такое неравное положение в правовом поле вра-

ча и пациента значительно сокращает возможности их бесконфликтного взаимодействия и может отрицательно сказываться на оказании медицинской помощи. Более того, наделение пациента исключительно правами провоцирует случаи так называемого пациентского экстремизма – инициации правового конфликта с медицинской организацией независимо от качества оказания МП и соблюдении прав, иногда даже в корыстных целях [134].

Кроме того, в законе есть положения, которые могут спровоцировать конфликт между пациентом и медицинской организацией: например, предоставление пациенту информации о его здоровье в доступной для него форме; предоставление медицинской документации о здоровье гражданина по требованию, информированное добровольное согласие или отказ от медицинского вмешательства граждан с 15-летнего возраста, а больным наркоманией – с 16 лет (в тоже время по законодательству ребенком признается лицо, не достигшее 18 лет) [134]. Ведущие социал-гигиенисты страны провели целый цикл исследований влияния образа жизни и его факторов на здоровье, уточнена дефиниция здорового образа жизни и ее прямое отношение к санологии [72, 74]. К сожалению, приходится констатировать, что в современном обществе у большинства населения отсутствует мотивация на здоровьесберегающее поведение, отмечается увеличение ожиданий и запросов у пациентов при уменьшении ресурсных возможностей системы здравоохранения [131]. Эти факторы способствуют возникновению у ряда медицинских работников профессиональной дезадаптации [61, 140]. Так, значительные профессиональные эмоциональные и физические нагрузки испытывают врачи-травматологи, что неоднократно отмечалось рядом авторов [68, 119, 124, 245]. По мнению А.И. Губина, они вынуждены оказывать помощь специфическому контингенту пострадавших, не всегда видят результат своей деятельности и работают в режиме «тревожного ожидания» [69, 180]. Поэтому следует выявить склонность к синдрому «профессионального выгорания»у врачей-травматологов, оказывающих экстренную травматологическую помощь, а также оценить их правовую осведомленность.

Эффективность лечебного процесса – это отношение полученных результатов к затраченным ресурсам, т.е. производительность коллектива в достижении цели оздоровления населения. [96]. При этом эффективное здравоохранение обеспечивает оптимальную, а не максимальную медицинскую помощь. Поэтому важно, чтобы все неэффективные нормы, стандарты, действующие как в собственно лечебном учреждении, так и в сфере его организации были ликвидированы.

Исходя из проведенного анализа, можно сделать вывод, что в Российской системе здравоохранения отсутствует научно-обоснованная, соответствующая современным технологическим требованиям медицинской деятельности система разработки клинических рекомендаций ведения пострадавших с травмами ОДА [233].

По мнению многих авторов, для оценки эффективности лечебного процесса в ЛПУ необходимы индикаторы КПМ [96]. Основным источником сбора информации для оценки этих индикаторов являются истории болезни, карты выбывших из стационара, амбулаторные карты, которые обрабатываются медицинскими статистиками; выявленные дефекты вносятся в ежемесячные квартальные отчеты [239].

Таким образом, обеспечение КМП является приоритетной целью деятельности системы здравоохранения; высокое КМП можно обеспечить путем изменения в системе организации помощи, оптимизации технологических процессов и ресурсов, т.е. достижение высокого качества невозможно без принципиального изменения системы организации и руководства здравоохранения. [194]. На сегодняшний день существует ряд нерешенных задач, требующих глубокого комплексного изучения причин некачественного оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим с травмами ОДА, а также разработка совместных мероприятий, направленных на достижение максимальной эффективности взаимодействия между различными субъектами – организаторами здравоохранения, клиницистами, судебными медиками, юристами, по вопросам надлежащего предоставления населению услуг медицинского характера. Необходима разработка стандартов для ведения и лечения некоторых категорий пострадавших с травмами ОДА

(политравмой, пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости) с позиции доказательной травматологии, что позволит минимизировать затраты и одновременно выбрать из методик и практик наиболее значимые.

ГЛАВА 2.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диссертационная работа проведена на основе оценки деятельности экстренной травматологической службы многопрофильного стационара мегаполиса г. Москвы путем ретроспективного анализа медицинской документации пострадавших с травмами опорно-двигательного аппарата (ОДА), которым в период с 2011 по 2014 гг. была оказана медицинская помощь. Изучалась следующая медицинская документация:

340 сопроводительных листов скорой помощи, форма №114/у;

490 медицинских карт стационарных больных (МКСБ), форма №033/у;

50 протоколов заседаний клинико-экспертных комиссий по анализу летальных исходов за 2012-2014 гг.;

статистические отчеты травматологических отделений за 2012–2014 гг.;

форма №14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих помощь в стационарных условиях» (приказ Росстата: об утверждении формы от 25.12.2014 № 723 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения») за период 2012–2014 гг.

Наряду с этим, для оценки качества оказания медицинской помощи пострадавшим проанализированы проведенные с сентября 2011 по декабрь 2014 года в ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения
г. Москвы»:

38 комплексных судебно-медицинских экспертиз в отношении потерпевших с травмами ОДА, выполненных по материалам уголовных и гражданских дел по искам о возмещении ущерба в связи с ненадлежащим оказанием медицинской помощи,

250 первичных заключений эксперта, оформленных по результатам производства судебно-медицинских экспертиз по установлению степени тяжести вреда, причиненного здоровью потерпевших с механическими травмами, выполненных с участием привлеченного в качестве эксперта врача-травматолога.

Оценка оказания экстренной травматологической помощи пострадавшим с травмами ОДА проведена на следующих этапах ее оказания: скорой медицинской помощи, приемного отделения многопрофильного стационара, специализированного отделения многопрофильного стационара (включая реанимационное отделение).

При изучении 490 МКСБ, 340 составили карты по которым было прослежено ведение пострадавших от момента доставки бригадой СМП в приемное отделение до выписки или перевода в другое ЛПУ, из них – 150 МКСБ на потерпевших, находившихся на лечении в профильном травматологическом отделении; 27 – на госпитализированных в непрофильные отделения; 163 – на пострадавших, которым медицинская помощь была оказана на уровне приемного отделения и они были выписаны на амбулаторное лечение или переведенные в другие ЛПУ. Дополнительно за период с 2012 по 2014 гг. было проанализировано 40 МКСБ больных с сочетанной и множественной костной травмой; 30 МКСБ пострадавших с сочетанной и множественной травмой с летальным исходом; 32 МКСБ пациентов пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости; 20 МКСБ пострадавших с травмами ОДА, отягощенные психиатрической патологией; 30 МКСБ больных с переломами в области локтевого сустава.

Анализ материалов исследования и обобщение его результатов проводился на основе действующих законодательных и нормативных актов, регламентирующих организацию и порядок оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим на догоспитальном и госпитальном этапах:

I. Основные законы РФ:

1. Конституция РФ.

2. Уголовный кодекс РФ.

3. Гражданский кодекс РФ.

II. Нормативно-правовые документы, регламентирующие порядок организации и производства судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», в том числе судебно-медицинскую экспертную деятельность:

1. Федеральный закон от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

2. Постановление Правительства Российской Федерации от 17 августа 2007 г. № 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

3. Приказ Минздравсоцразвития России от 24 апреля 2008 г. № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

III. Основные нормативные правовые акты РФ об охране здоровья граждан:

1. ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г.№323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».
2. Закон РФ №1499 -1 от 28 июня 1991 года «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» изменен ФЗ №9-ФЗ от 1 июня 1994 г.
3. Типовые правила ОМС, утверждены федеральным фондом ОМС 1 декабря 1993 г.
4. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23 июля 2010 г №541н г. Москва «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».
5. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24 апреля 2008 г. №194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

6. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 16 апреля 2010 года №243н «Об организации специализированной медицинской помощи».
7. Постановление Правительства РФ №1273 от 28.11.2014 г. «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»
8. Закон Минздрава от 20.06.2013 №388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в т.ч. скорой специализированной, медицинской помощи».
9. Приказ МЗ РФ от 12 ноября 2012 г. №901н «Порядок оказания медицинской помощи населению профилю «травматология и ортопедия»»
10. Приказ МЗ РФ от 21 декабря 2010 г. № 1340 «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской помощи».

IV. Нормативно-правовые документы, регламентирующие оказание экстренной помощи на уровне департамента города:

1. Приказ департамента г. Москвы «О введении в действие нормативных актов, действующих в системе московского городского здравоохранения и ОМС города Москвы, по итогам реализации пилотного проекта в 2012 году».
2. Приказ правительства г Москвы от 16 августа 2013 г. N 820 «О совершенствовании организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».
3. Приказ ДЗ г. Москвы от 13 ноября 3012 г. №1273 «Об утверждении рекомендаций по организации проведения социологических опросов по вопросу удовлетворенности населения города Москвы медицинской помощью».

4. Приказ ДЗ г. Москвы от 02.09.2011 №806 «Московские городские стандарты стационарной медицинской помощи для взрослого населения».

V. Внутрибольничные приказы и распоряжения, касающиеся оказанию экстренной травматологической помощи:
   1. Должностные инструкции врача травматолога.
   2. Должностные инструкции врача травматолога по оказанию экстренной медицинской помощи.

VI. Методические рекомендации ДЗ г. Москвы:
   1. Методические рекомендации ДЗ г. Москвы по работе приемных отделений, которые были утверждены в 2003 г.
   2. Методические рекомендации оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации, утверждены в 2015 г.
   3. Методические рекомендации лечебно-диагностических алгоритмов оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в ЧС с сочетанной и множественной травмой, утверждены в 2000 г.

В работе использованы следующие методы исследования: анализ медицинской документации и ее экспертная оценка с использованием медико-математического анализа; аналитические методы сравнительного анализа; литературный контент-анализ (от англ. contens – содержание) и организационное моделирование; метод социологического опроса; математико-статистические методы.

Была разработана структурная схема медико-экспертного анализа медицинской документации, включающая несколько аналитических этапов исследования, каждый из которых рассматривался по объективным критериям. Первый этап содержал информационно-аналитическую обработку оценки правильности ведения и оформления медицинской документации, используя показатели балльной системы: хорошее, удовлетворительное, неудовлетворительное. При ретроспективном анализе ведения историй болезни уделялось внимание: на наличие в истории согласия (отказа) на оперативное вмешательство, медицинскую манипуляцию; согласия (отказа) с планом лечения, согласия (отказа) на переливание компонентов

крови; полноту отражения анамнеза жизни с указанием соматической патологии, динамику состояния пациента и течение травматического процесса в дневниковых записях, обоснование показаний или противопоказаний к оперативному лечению, полноту описания хода операции, описание морфологическую картину телесных повреждений. На следующем этапе оценивали выполнение лечебно-диагностических мероприятий и их соответствие стандартам оказания МП. Были использованы следующие параметры: правильность, своевременность, обоснованность, достаточность, адекватность. Третий этап включал выявление недостатков в оказании МП на уровне ее организации, диагностики и лечения. Четвертый этап – содержал оценку выявленных недостатков, их влияние на процесс и результат оказания экстренной травматологической помощи пострадавшим с травами ОДА. При этом проводился аналитический учет объективных и субъективных причин допущенных ошибок. Схема медико-экспертной оценки медицинской документации представлена на рисунке 1.

Экспертный контроль обязательно проводился в случаях: летального исхода, внутрибольничного инфицирования и осложнений, повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение года, с удлинением или укорочением сроками лечения, расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов.

При разработке полученных материалов применялись следующие математико-статистические подходы: вычисление средних величин, интенсивных и экстенсивных показателей, оценка достоверности различий результатов по критерию Стьюдента, а также определение корреляционной зависимости.

При анализе комплексных СМЭ по делам врачей-травматологов ведение медицинской документации нами оценивалось как «отличное» в том случае, если по медицинской документации комиссия обосновано и мотивировано смогла ответить на поставленные следственными органами вопросы; «хорошее» – когда имелись недостатки в ведении медицинской документации, не влиявшие на суждение о правильности проведения диагностических и лечебных мероприятий; «удовлетворительное» – имевшиеся упущения существенно препятствовали объ-

ективно ответить на вопросы следствия; «неудовлетворительное» – наличие грубых упущений, повлекших лечебно-тактические и диагностические ошибки.

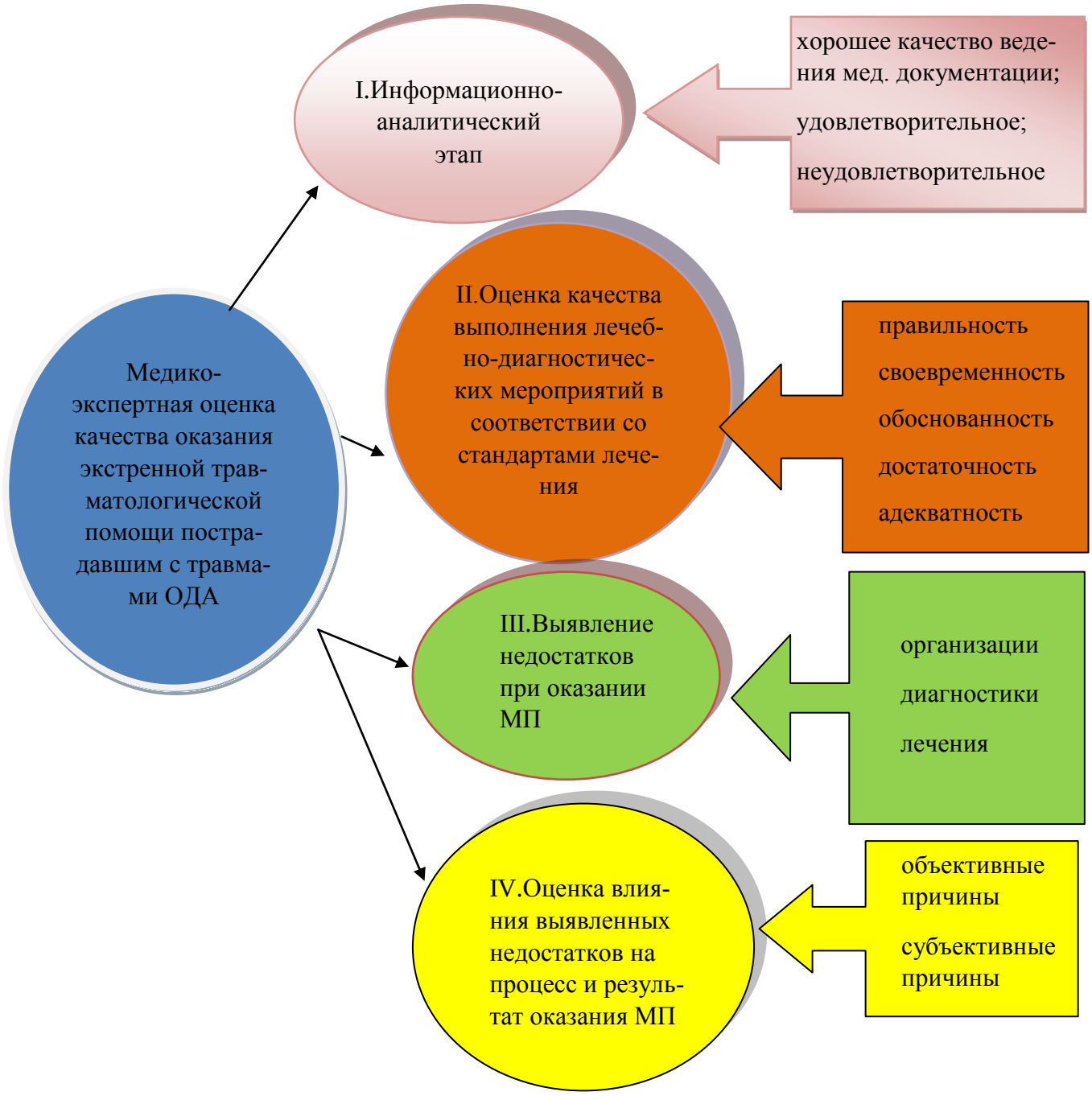


Рисунок 1. Структурная схема этапов медикоэкспертной оценки экстренной помощи пострадавшим с травмами ОДА

Для выявления проблем организации и оптимизации оказания экстренной травматологической помощи пострадавшим с травмами ОДА было проведено масштабное аналитико-экспериментальное пилотажное социологическое исследование как наиболее распространенней метод получения первичной информации,

что совпадает с мнениями экспертов в социологии медицины [162, 192]. Объектом исследования стали 100 специалистов врачей-травматологов по оказанию экстренной круглосуточной травматологической помощи в возрасте от 24 до 62 лет, различных квалификационных категорий; 100 пациентов травматологических отделений различных возрастных групп и социального статуса; 94 так называемых «потенциальных пациентов» – респонденты в возрасте от 17 до 25 лет, которые относятся к категории травмоопасного возраста (смертность в результате травм в людей данной возрастной группе стоит на I месте), к тому же данная категория опрошенных относятся к поколению живущего в новых социально-экономических условиях, в которых функционирует новая, а не советская организационная модель здравоохранения; 96 студентов-медиков старших курсов (IV, V, VI курсов). Применен метод опроса в виде очного индивидуального анкетирования сплошным методом. Для каждой категории опрашиваемых были разработаны анкеты с готовыми вариантами ответов и возможностью указания собственного варианта в некоторых случаях. Вопросы были разделены на проблемные блоки, которые также были определены для каждой группы респондентов. Опрос был анонимным, ориентированным на активное сотрудничество исследователя и опрашиваемого в выяснении сущности поставленной проблемы. Достоинства выбранной методики: отсутствие эффекта интервьюера, более высокая откровенность респондентов [232].

Применяемый метод социологического опроса использован для решения ряда задач:

- оценки медико-правовой и профессиональной грамотности врачей травматологов по оказанию экстренной медицинской помощи;
- влияния знаний по правовым вопросам на качество оказания экстренной травматологической медицинской помощи;
- оценки уровня знаний врачей травматологов в отношении описания телесных повреждений и диагностики повреждений связочного аппарата;
- суждения об удовлетворенности пациентами оказанной медицинской помощью;

- выяснения отношения потенциальных пациентов к основным проблемам качества медицинской помощи; для выявления упущений в профессиональной подготовке врачей в ВУЗах.

Были применены вопросы, соответствующие требованиям логики, с учетом психологической характеристики опрашиваемых в ситуации, которая складывается во время опроса.

Была разработана анкета для врачей-травматологов по оказанию экстренной травматологической помощи. Вопросы были разделены на блоки: правильность заполнения медицинской документации; вопросы, касающиеся возникновения конфликтных ситуаций между врачом и пациентом и пути их преодоления; знание законодательных документов; вопросы, связанные с профессиональной подготовкой врача-травматолога по оказанию экстренной помощи в отношении описания телесных повреждений. Также анкета содержала ряд позиций для выявления «синдрома профессионального выгорания» (Приложение 1).

Анкета, разработанная для пациентов профильных отделений, содержала блок вопросов по удовлетворенности пациентом оказываемой экстренной травматологической помощью, причинами возникновения конфликтных ситуаций между врачом и пациентом, знанием пациента своих прав, также в анкету были включены вопросы касающиеся «здоровьесберегающего» потенциала у населения (Приложение 2).

В анкетах для «потенциальных пациентов» использованы блоки вопросов, направленные на оценку правовой осведомленности народонаселения в отношении оказания экстренной травматологической помощи, выявление причин возникновения конфликтных ситуаций между врачом и пациентом. Также были включены вопросы морально-этического содержания, ориентированные на готовность оказать догоспитальную помощь незнакомому пострадавшему (Приложение 3).

В анкете для студентов медиков старших курсов блоки вопросов были следующие: причины возникновения конфликтных ситуаций между врачом и пациентом и пути их преодоления; правовая осведомленность будущих врачей; нали-

чие профессиональных знаний в отношении описания телесных повреждений у пострадавших с травмами ОДА. Анкета содержала:

статистическую обработку данных, полученных в процессе исследования, проведенную с использованием статистических показателей: сравнение выборок по результатам оценки распределения и сравнения дисперсий с использованием t-критерия Стьюдента и критерия Манна–Уитни;

статистическую обработку результатов исследования, проведенную с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel 2010 и SPSS Statistics (версия 17.0); была использована методика расчета отношений величин: проценты (%), доли единицы. Для оценки достоверности различий в подгруппах применялся $\chi 2$, критерий Манна–Уйтни, критерий Фишера; рассчитывалось соотношение шансов.

ГЛАВА 3.

МЕДИКО-ТАКТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ТРАВМАМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Статья 35 ФЗ от 21 ноября 2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» регламентирует, что «скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства» [5]. В медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения осуществляется гражданам бесплатно.

В развитие положений этого закона Правительством Российской Федерации утверждено Постановление от 28.11.2014 г. №1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг.», основная цель которого направлена на решение задач в предоставлении скорой помощи больным при состояниях, угрожающих их жизни или здоровью или окружающим лицам, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами, отравлениями, при родах и осложненной беременности [21].

Для совершенствования деятельности скорой медицинской помощи и повышения качества ее оказания пострадавшим, Министерство здравоохранения РФ 1 ноября 2004 года издало приказ № 179 «Об учреждении порядка оказания скорой медицинской помощи», в котором закреплена норма, предусматривающая организацию работы СМП по территориальному принципу [156]. Однако изменение социально-экономических условий, внедрение новых принципов хозяйствования, потребовали новых подходов в организации деятельности медицинских организаций. Эти изменения коснулись и работы СМП пострадавшим с повреждениями ОДА, получивших травму не только в быту и на производстве, но и в дорожно-

транспортных происшествиях. О государственном значении решения проблемы по снижению ДТП свидетельствует принятое Правительством РФ Постановление от 06.11.2014 г. № 167 «О внесении изменений в Федеральную программу «Повышение безопасности дорожного движения в 2013–2020 гг.», предусматривающее для этого дополнительное финансирование с 32,42 млрд до 33,67 млрд рублей [19].

Наряду с этим была разработана концепция развития системы здравоохранения Российской Федерации до 2020 г., предусматривающая комплекс мероприятий, направленных на «совершенствование работы скорой медицинской помощи, в том числе оптимизация маршрутов доставки больных в стационар в зависимости от вида патологии, тяжести состояния больного, внедрение целевых показателей работы скорой медицинской помощи (время приезда на вызов и транспортировки в стационар, догоспитальная летальность), внедрение порядков оказания медицинской помощи в части догоспитального ведения больных с разными видами патологии» [15].

Для совершенствования качества оказания экстренной помощи больным Минздравом РФ издан приказ от 20.06.2013 г. № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в т.ч. скорой специализированной медицинской помощи», действие которого вступило в силу 1 января 2014 г. [15]. Этот приказ содержит основные положения, 13 приложений, в которых подробно изложены правила организация и порядок деятельности СМП на этапах выезда ее бригад, медицинской эвакуации пострадавших, а также приведены рекомендованные штаты и кадры, стандарты по оснащению структурных подразделений СМП (станции скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи поликлиники (больницы, больницы скорой медицинской помощи) и иных медицинских организаций, оказывающих помощь травматологическим больным. Согласно данному приказу травмы любой этиологии, представляющие угрозу для жизни, являются поводом для экстренного вызова скорой помощи. В случае поступления сигнала в экстренной форме на вызов направляется ближайшая свободная общепрофильная или специализированная выездные бригады скорой медицинской помощи. При этом

выездные бригады по своему составу подразделяются на врачебные и фельдшерские.

В настоящее время в Москве работа СМП осуществляется на 58 подстанциях, где работает 3801 фельдшерских и врачебных бригад. Последнее время отмечаются сокращения количества врачебных бригад, так в 2008–2010 гг. на территории РФ функционировало 12 490 врачебных общепрофильных и 22 233 фельдшерских бригады. По данным Отраслевой отчетности за 2012 г. (форма № 40 «Отчет станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи») сегодня в стране 10 884 врачебных общепрофильных и 23 190 фельдшерских бригад [142]. Таким образом, количество врачебных бригад сократилось на 12,9%, то есть отмечается тенденция к тому, что основной кадровой единицей выездных бригад СМП является фельдшер, врач СМП является куратором или консультантом [141]. В связи с этим, с высокой долей вероятности можно предполагать, что на этапах медицинской эвакуации будут возникать организационные, лечебно-диагностические ошибки и упущения при оказании помощи пострадавших.

Результаты наших исследований показали, что в г. Москве более чем в половине случаев (56%) оказание помощи больным по поводу травм осуществляется выездными фельдшерскими бригадами, оснащенными по стандарту следующими медицинскими изделиями: комплект из четырех шин-воротников разного размера для взрослых либо две шины регулируемого размера для взрослых; комплект из трех шин-воротников разного размера для детей либо две шины регулируемого размера для детей; две шины для конечностей длиной по 60 см, две шины для конечностей длиной по 80 см, две шины для конечностей длиной по 120 см; щит спинальный с устройством для фиксации головы, проницаемый для рентгеновских лучей и магнитных полей, размерами не менее 182×44 см с фиксирующими ремнями на 4-х уровнях; комплект разгружающих для верхней конечности повязок (для взрослых и детей), десять медицинских косынок, перевязочные и кровоостанавливающие средства (бинты медицинские стерильные, гипотермический пакет, жгут кровоостанавливающий, пластырь, перевязочные индивидуальный пакет, салфетки антисептические антимикробные, стерильные, эластичные бинты,

кровоостанавливающий прямой зубчатый зажим №1, игла атравматичная, иглодержатель, ножницы медицинские с 1-стр. концом прямые 140 мм), а также прочие изделия в виде смотровых стерильных хирургических перчаток, мешок для отходов класса А объемом не менее 10 литров. Данный комплект входит в состав всех, в том числе и специализированных бригад СМП.

Основным медицинским документом станции скорой и неотложной медицинской помощи является «Сопроводительный лист Станции скорой медицинской помощи» (форма №114-у), записи в котором позволяют оценить своевременность, объем и адекватность проведения диагностических и лечебных мероприятиях на месте происшествия и этапах медицинской эвакуации потерпевшего в лечебное учреждение. Наряду с этим, данный документ служит для правоохранительных и правоприменительных органов одним из видов доказательства, позволяющим судить о факте и характере события, возможном механизме и условиях возникновения повреждений, что имеет важное значение при производстве судебно-медицинской экспертизы как при определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью, так и экспертной оценке качества оказания медицинской помощи, проводимой в рамках уголовного или гражданского судопроизводства. В этой связи приобретают особую значимость качество и полнота заполнения ее соответствующих граф, в частности: Ф.И.О. пострадавшего, пол, возраст, обстоятельства и время травмы (происшествия), откуда был доставлен пациент (улица, дом, общественное место, адрес происшествия), данные объективного осмотра, формулировка предварительного диагноза и проведенные лечебно-диагностические мероприятия.

При экспертизе качества оказания скорой медицинской помощи за единицу наблюдения нами был принят один вызов СМП к пациенту с травмой, доставленному в приемное отделение многопрофильного стационара. Выборка проведена с учетом всех принятых врачом-травматологом в приемном отделении пострадавшие с травмами ОДА, из расчета, что суточное дежурство врача-травматолога по оказанию экстренной помощи осуществляется сутки через трое. Согласно вышеизложенному выполнен анализ сопроводительных листов СМП пациентов трав-

матологического профиля с повреждением ОДА различной локализации за период с сентября 2012 по март 2014 гг.

Расчет необходимого числа единиц наблюдений (сопроводительных листов) для анализа проводился по формуле:

$$n = N/N\times(K^2|t^2)+1,$$

где n – обоснованное число отбора; N – генеральная совокупность (общее число пациентов, травматологического профиля, доставленных в приемное отделение скорой медицинской помощью за указанный период); К – показатель точности, К=0,1; t – критерий достоверности, t=2.

При N = 2103:

$$n = 2103/2103\times (0{,}1^2/2^2) + 1= 336.$$

Таким образом, методом расчета выборки получено 336 сопроводительных листов для достоверности результатов анализа исследовано 340 СЛ.

При анализе СЛ установлено, что пациенты распределились по полу и возрасту следующим образом (рисунок 2).

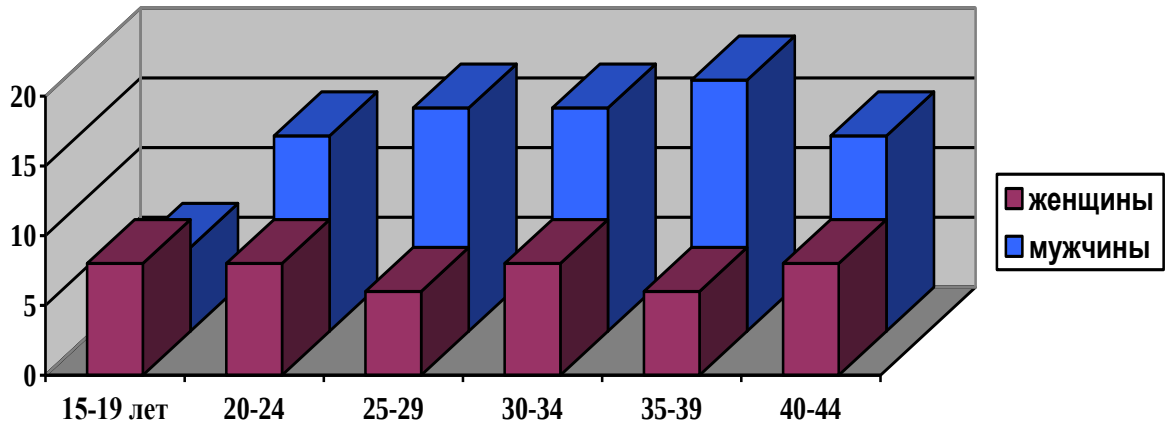


Рисунок 2. Распределение пострадавших с травмами ОДА по полу и возрасту

Статистика свидетельствует, что в возрастной группе от 20 до 44 лет преобладали лица мужского пола, в возрасте 45 – 54 лет процент лиц мужского и женского пола одинаков, а от 55 до 70 лет и старше – преобладали лица женского пола, которые по статистическим данным чаще мужчин доживают до старческого возраста [238]. Причем 60,1% – женщины старше 70 лет, у которых был перелом проксимального отдела бедренной кости, подтвержденный в 94,4% случаях. Эти

показатели указывают на актуальность проблемы выбора тактики ведения таких больных.

Среди доставленных пациентов в приемное отделение больницы жители Москвы составили 254 пациента (74,7%), Московской области – 30 пациентов (8,8%), других городов РФ – 28 (8,2%), стран СНГ – 20 пациентов (5,9%), других государств – 6 (1,8%) и лица без определенного места жительства – 2 человека (0,6%). Распределение пострадавших по месту жительства представлено на диаграмме (рисунок 3).

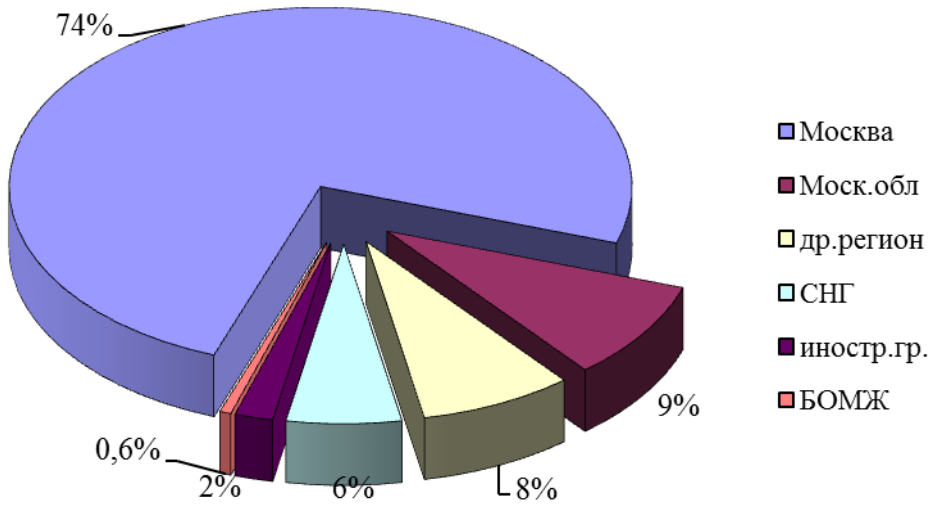


Рисунок 3. Распределение потерпевших по месту жительства (в %)

Результаты анализа показывают, что по обстоятельствам уличная травма находится на 1 месте – 173 человека (50,9%), что связано с погодными условиями. Одна из главных причин преобладания уличной травмы – наличие скользкого покрытия (гололед, дождь), в результате гололеда упали на улице 129 пострадавших (37,9%). Следует отметить, что в период зимних праздников одной из частых причин травмы является травма в результате падения при занятиях зимними видами спорта: катании на коньках, сноубордах, лыжах, санках. Так, травму получило 25 пациентов (7,4%). Второе место занимает травма в результате падения дома – 52 пациента (15,3%), в основном это люди пожилого и старческого возраста, большинство с повреждением проксимального отдела бедренной кости. К уличной травме отнесены случаи падения в метро – 8 пациентов (4,6%). Основная причина травмы в метро – падение с эскалатора (6 пациентов – 1,7%), поездная

травма (2 пациента – 5,9%). Травму получили во время соревнований или тренировок 8 пациентов (2,4%), и 10 человек (2,9%) – в психиатрических больницах (ПБ) и/или в психоневрологических интернатах (ПНИ), где они находились на лечении или постоянном проживании. Распределение пострадавших по обстоятельствам травмы представлено на рисунке 4.

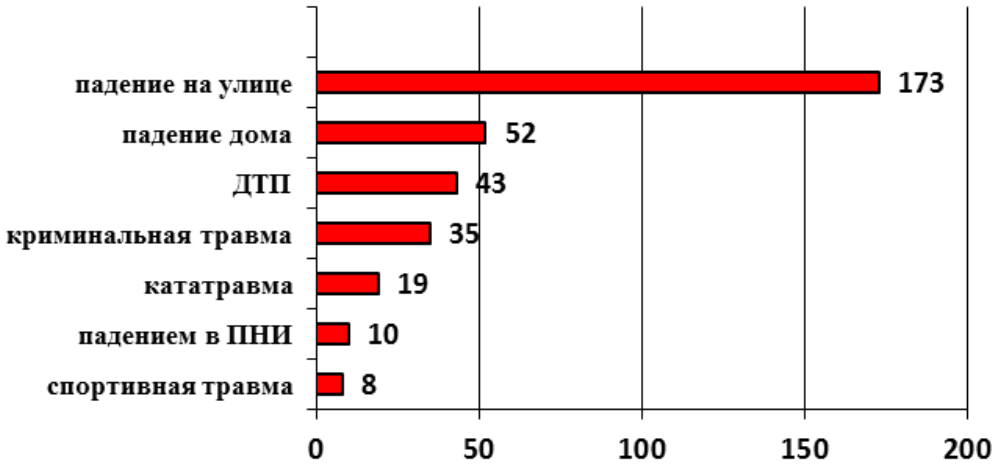


Рисунок 4. Распределение пострадавших по обстоятельствам травмы

Третье место по обстоятельствам занимает травма в результате ДТП – 43 пострадавших (12,6%), большую часть составляют пешеходы – 21 человек (6,2%), затем пассажиры – 12 человек (3,5%), водители – 10 пострадавших (2,9%). Распределение пострадавших в зависимости от участия в ДТП представлено на диаграмме (рисунок 5).

В состоянии алкогольного опьянения при поступлении находился 51 пациент (18,6%), из них травму получили при падениях на улице 17 человек (33,3%); дома – 4 (7,8%); в метро – 3 пациента (3,9%); в ДТП – 5 пешеходов (9,8%) и 2 пассажира (3,9%); с кататравмой – 9 (17,6%); в криминальных событиях – 11 человек (21,6%).

Распределение пациентов, доставленных в приемное отделение в зависимости от времени суток (утро – с 6 ч 00 мин до 12 ч 00 мин; день – с 12 ч 00 мин до 16 ч 00 мин; вечер – с 16 ч 00 мин до 22 ч 00 мин; ночь – с 22 ч 00 мин до 06 ч 00 мин), представлено на диаграмме (рисунок 6).

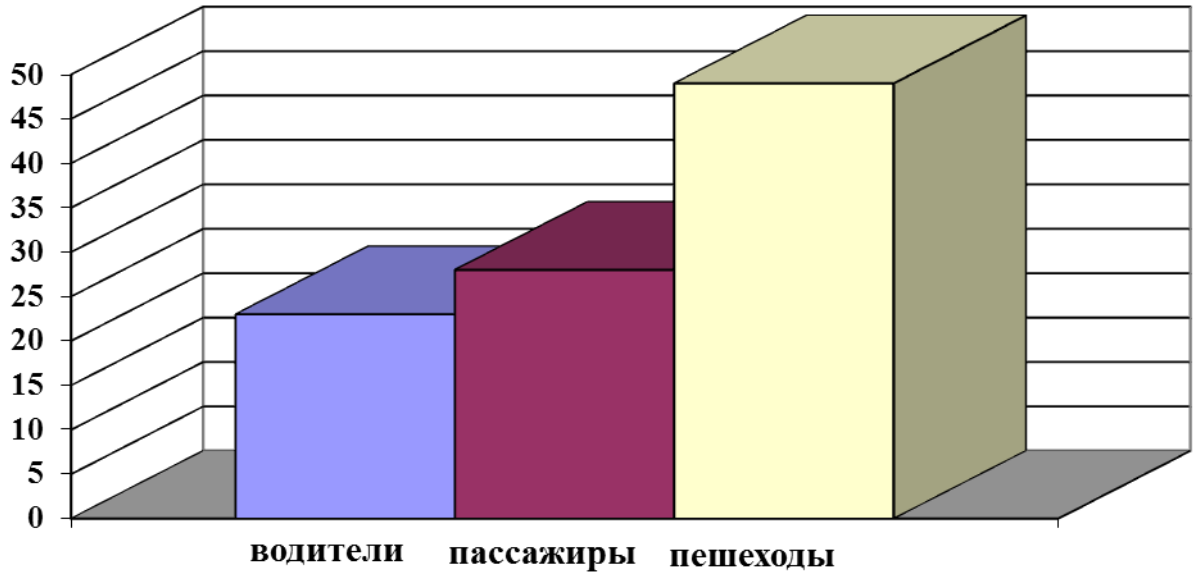


Рисунок 5. Распределение потерпевших в ДТП

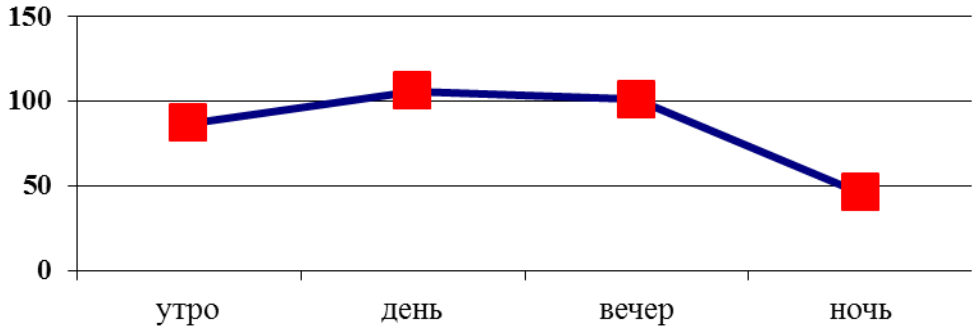


Рисунок 6. Суточное распределение пациентов с травмами ОДА

Как видно из диаграммы (рисунок 6), в равном числе случаев пациенты доставлялись в дневное и вечернее время суток (соответственно 31,2 и 29,7%), однако необходимо отметить, что 37 пациентов (10,8%), доставленных в утренние и дневные часы, травму получили в вечернее и ночное время за день или за несколько дней до поступления.

Частота летальных исходов на догоспитальном этапе находится в прямой зависимости от качества оказания помощи. Догоспитальная помощь должна быть тем более квалифицированной и полной, чем больше времени занимает транспортировка пострадавшего от места происшествия до больницы. Время, прошедшее от момента получения вызова до выезда бригады скорой помощи, не превышало 5 мин в 236 случаях (69,4%), от 5 до 15 мин – в 72 (21,2%) и более 30 мин – в 32 наблюдениях (9,4%). Показатели продолжительности обслуживания потер-

певшего от момента получения вызова СМП до приемного отделения стационара прибытия в приемное отделение отражены на рисунке 7.

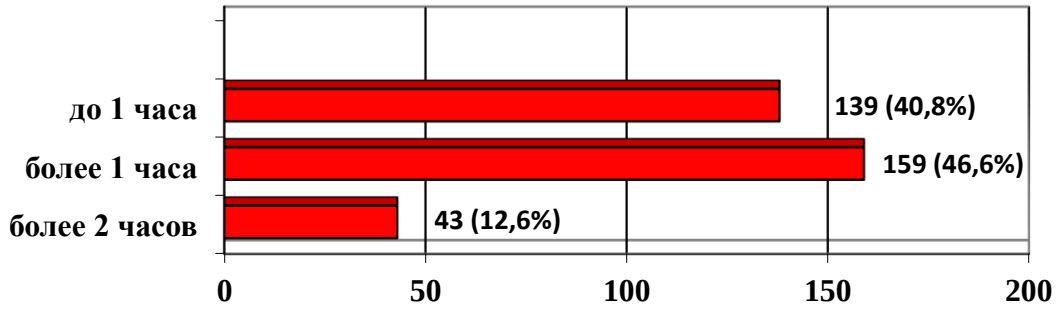


Рисунок 7. Продолжительность обслуживания потерпевшего СМП

По нашим данным длительность доставки была обусловлена следующими причинами: время, затраченное линейной бригадой на выполнение необходимых манипуляции (установка внутривенной инфузии), – 39 пациентов (11,5%); значительная удаленность места происшествия от стационара – 18 (5,3%), причем с территорий Новой Москвы доставлено 9 человек и длительность их доставки превысила 1 ч, также длительность доставки более 1 ч потребовалась на обслуживание пациентов по вызовам из других медицинских учреждений (ПБ, ПНИ, поликлиники, травматологические пункты, другие медицинские организации) – 53 (15,6%) случая.

Качество заполнения СЛ СМП оценивалось по следующим критериям: хорошее, удовлетворительное, неудовлетворительное. «Хорошее» качество заполнения СЛ оценивалось по полноте его заполнения с указанием всех требуемых граф: отсутствие вопросительных знаков, зачеркиваний, исправлений, корректность установки диагноза, правильность его формулирования, адекватность проведенных пострадавшему диагностических и лечебных мероприятий (иммобилизация, обезболивание, способ введения анестетика, наличие инфузионной терапии, ее объем, использованные для этого растворы); отражение его состояния при доставке в стационар (отражение гемодинамических показателей – АД, пульса); указание наличия сопровождения, материальных ценностей (что особенно важно у пациентов в состоянии опьянения, лежачих больных, лиц с психическими рас-

стройствами). Заполнение СЛ как «удовлетворительное» расценивалось, когда имелись незначительные нарушения: нечитабельность записей из-за неразборчивого почерка; зачеркивания; наличие вопросительных знаков в диагнозе; отсутствие сведений о месте проживания, адреса происшествия; неполнота персональных данных (отсутствия отчества, возраста); не указано, кем сопровождался пострадавший; отсутствовали записи частоты пульса или АД; была не заполнена графа «прочие сведения» (т.е. не указано сопровождение пациента); присутствовало нарушение в заполнении граф (т.е. сведения есть, но они отображены в неуказанном месте).

Показателями «неудовлетворительного» заполнение СЛ являлись: грубые нарушения формулировки диагноза; зачеркивания с небрежным заполнением соответствующих граф; отсутствие сведений об обстоятельствах травмы; отсутствие указания дозировки используемых лекарственных средств и способа их введения; отсутствие сведений о наличии документов, денег, ценностей при доставке в стационар у пострадавших в состоянии опьянения и травматического шока. Учитывались объективные факторы при выявлении упущений ведения медицинской документации. Например, пациент находился в состоянии сильной степени алкогольного опьянения, либо у него отсутствовали соответствующие документы, подтверждающие его личность, или имелся языковой барьер (пострадавший либо глухонемой или же иностранец, не владеющий русским языком), ввиду чего некоторые паспортные данные будут указаны некорректно. В эту оценочную категорию входят случаи, когда пострадавшим первая помощь ранее была оказана в другом лечебном учреждении, однако сотрудниками СМП не представлены сведения о месте происшествия, не приведены сведений о выполнении иммобилизации и обезболивания.

Качественные и количественные показатели упущений СЛ предоставлены в таблице 1.

В 97 СЛ (28,5%) было выявлено по 2 и более упущений при его заполнении. Если в одном СЛ выявлено по 2 дефекта, в таком случае ведение сопроводительного листа признавалось как удовлетворительное – 72 случая (21,2%); если выяв-

лено более 3-х дефектов, то ведение сопроводительного листа признавалось неудовлетворительным – 25 случаев (7,3%).

Таблица 1

Основные упущения заполнения сопроводительных листов СМП

Перечень упущений оформления СЛ СМП	Количество выявленных упущений заполнения СЛ n=340		Причины	
	абс. число	%	объективные	субъективные
нечитабельный почерк	9	3	–	9
наличие зачеркиваний	59	18	–	59
не указано место жительства	39	12	11	28
не отражено место оказания помощи	41	12,4	19	22
не указано время принятия вызова	2	0,6	-	2
не указано время доставки пациента	3	0,9	-	3
отсутствие сведений об обстоятельствах травмы и времени травмы	67	19,7	28	39
обстоятельства травмы указаны не верно	12	3,5	5	7
не указан адрес, откуда доставлен пострадавший	33	9,7	13	20
не указано время происшествия	64	18,8	11	53
не указан способ транспортировки	3	0,9	–	3
отсутствуют сведения о проведении медицинской помощи	36	10,5	18	21
нет указания на наличие транспортной иммобилизации при переломе	21	6,2	9	12
нет сведений, как пострадавший перенес транспортировку	10	2,9	-	10
нет сведений о проведении обезболивания	18	5,3	9	9
нет указаний на способ введения анестетика	5	1,5	–	5
нарушения в порядке заполнения граф	13	3,8	–	13
наличие вопросительных знаков в диагнозе	63	19	–	63
некорректность в формулировке диагноза	21	6,2	–	21
не указана ФИО врача-фельдшера, заполнявшего СЛ	3	0,9	–	3
общее число выявленных нарушений	522	100	120 (23%)	402 (77,0%)

Следует отметить, что у каждого шестого потерпевшего клинический диагноз заболевания при травмах ОДА носил предположительный характер. Наряду с этим в 6,2% случаев допускалась некорректность его формулирования, а именно:

неправильно названа анатомическая область (образование), например: «перелом крамеально-ключичного сочленения», «перелом хирургической головки плеча»;

употребление в диагнозе используемых в быту слов и выражений о характере травматического повреждения – «вывих коленной чашечки», «открытый перелом левого локтя», «перелом мелких костей стопы», «вывих правого голеностопа», «застаревшее повреждение медиального мениска, гемартроз», «блок коленного сустава», «перелом луча в типичном месте правой руки»;

несоблюдение требований формулирования клинического диагноза с учетом морфологической характеристики повреждения: «ушиб костей таза», «проникающее ножевое ранение средней трети левого бедра», «вывих-растяжение лодыжки левой нижней конечности», «переломо-вывих шейки правого плеча», «растяжение связочного аппарата внутренней поверхности бедра слева», «вывих шейки правого бедра», «двухлодыжечный перелом правой голени»;

неправильное отображение в диагнозе патологического состояния: «несостоятельность штифта бедра правой конечности», «закрытый перелом костей голени правой нижней конечности», «вывих левой локтевой кости».

Результаты исследований показали, что имевшиеся упущения и недостатки заполнении СЛ сотрудниками СМП в большей части обусловлены субъективными причинами: ненадлежащим отношением к ведению медицинской документации, недостаточными познаниями в области травматологии и ортопедии. Так, в 21 случае (6,2%) у пострадавших с травмами ОДА, нуждающихся в иммобилизации перелома на догоспитальном этапе, отсутствовали записи в СЛ о проведенной иммобилизации, хотя при доставке в приемное отделение она была осуществлена в 5 случаях.

Таким образом, информационно-аналитический этап исследования, включающий ведение медицинской документации сотрудниками СПМ, показал хоро-

шее ведение ЛС лишь в половине наблюдений (53,8%), удовлетворительное – в 38,8% и неудовлетворительное – 7,4% (в 25 случаях) (рисунок 8).

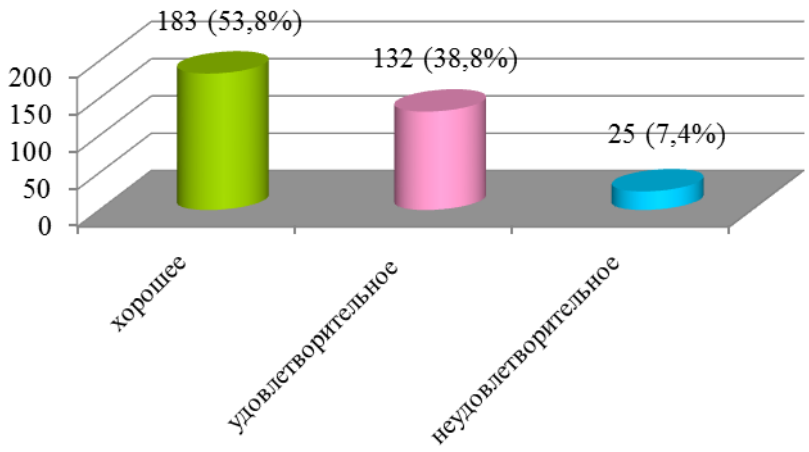


Рисунок 8. Показатели оценки качества заполнения СЛ

Оценка качества оказания медицинской помощи пострадавшим с травмами ОДА на догоспитальном этапе осуществлялась по следующим критериям: полнота и адекватность выполнения лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с порядком и стандартами, влияние при этом имевшихся упущений на состояние здоровья пациентов и течение травматического процесса. В этих случаях учитывались такие показатели как правильность, своевременность, обоснованность, достаточность, адекватность, составляющими которых являлись:

1) наличие иммобилизации и правильность ее выполнения;

2) использование асептических повязок на ранах и правильность их наложения,

4) обезболивание доступными методами и лекарственными препаратами и ее адекватность;

6) измерение АД и пульса;

7) проведение ЭКГ по показаниям (у лиц старше 60 лет);

8) необходимость катетеризации периферической вены;

9) наличие инфузионной терапии, соответствие ее объема тяжести состояния пострадавшего.

Стандартами качества СМП у пострадавших травматологического профиля предусмотрено проведение обезболивания, иммобилизации повреждения, инфузионной терапии при травме, сопровождающейся клинической картиной шока, контроля показателей гемодинамики.

Результаты наших исследований свидетельствуют, что иммобилизация конечностей при костной травме выполнена 191 (56,2%) пострадавшим, в то время как она была показана 236 (69,4%). Данный показатель считается неплохим, что связано с наличием в комплектации СМП одноразовых транспортных шин. Как показывает практика, одноразовые картонные шины с кнопочными фиксаторами являются наиболее оптимальными средствами применяемыми для иммобилизации переломов (рисунок 9). Они легкие и удобные в использовании, не требуют дополнительных физических и временных затрат на их снятие при доставке пациента в медицинское учреждение, однако требуется их постоянное пополнение.

Рисунок 9. Внешний вид пострадавшего с наложенной на руку одноразовой картонной шины с кнопочными фиксаторами

Наблюдения показали, что иммобилизация не выполнена в 45 случаях (13,2% от общего числа пациентов и 19,1% от числа пострадавших, которым она была необходима). Отказ от иммобилизации по объективным причинам был лишь в 7 случаях (15,5%; n=45), когда данный вид помощи был оказан на уровне травматологического пункта куда первично обращался пострадавший, а в 38 (11,2%; n=340) случаях он был обусловлен недооценкой характера повреждения у 11 (24,4%; n=45) пострадавших, когда был выставлен диагноз ушиба тканей; в

7 случаях (15,5%; n=45), их них 5 пациентов с переломами тазового кольца – из-за отсутствия средств для иммобилизации таза в комплекте СМП; в 25 (55,6%; n=45) наблюдениях причины выяснить не удалось.

Обезболивание проводилось 237 пациентам (69,8%), от введения анальгетиков отказалось 12 пациентов (3,5%), хотя по нашему мнению в нем нуждалось 274 пострадавших, т.е. на 7,4% больше от выполненного числа. Среди обезболивающих средств на догоспитальном этапе у 40,0% пациентов применялись такие ненаркотические анальгетики как метамизол натрия (анальгин) и кеторолак. Опиоидные синтетические анальгетические средства были применены у 108 (45,6%) пациентов, одним из представителей которых являлся трамадол гидрохлорид – 34 (14,4%); пострадавшим из группы наркотических опиоидных анальгетиков давали растворы морфина – 10 (4,4%) и фентанила – 24 (10%) (рисунок 10).

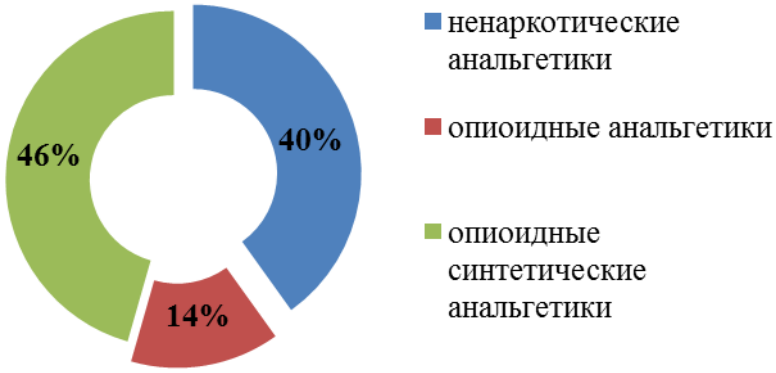


Рисунок 10. Сравнительные показатели использования анальгетических средств СМП для обезболивания

Все ненаркотические анальгетики вводили внутримышечно: кеторолак введен 68 (28,7%) и метамизол натрия – 27 (11,5%) пострадавшим.

Опиоидные наркотические анальгетики вводили как внутримышечно, так и внутривенно: растворы морфин – внутримышечно и внутривенно 5 пострадавшим соответственно (по 2,2%). Опиоидные синтетические анальгетики (трамадола гидрохлорид) использован у 55 пострадавших внутримышечно (23%) и 53 пострадавшим внутривенно (22,4%).

Сравнительный анализ полученных результатов исследования показал, что в основном использовались синтетические опиоидные анальгетики (трамадола гид-

рохлорид), однако следует заметить, что использование данных препаратов у пациентов пожилого возраста (старше 60 лет) приводит к нежелательным последствиям, таким как гипотония, тошнота, рвота, выраженное головокружение. Трамадол гидрохлорид был использован у пациентов старше 60 лет в 52 случаях, причем побочные эффекты в виде указанных симптомов были отмечены у половины пациентов. Под неадекватной анестезией подразумевается использование опиоидных анестетиков без показаний у лиц старческого возраста, а также недостаточное обезболивание.

Судя по клиническому диагнозу в СЛ, наличие ран на различных областях тела было установлено у 67 (19,7%) пациентов, в то время лишь в 50 случаях (74,6%) имелось наличие асептической повязки, в 17 случаях (25,4%) повязки отсутствовали. По нашим данным, у каждого восьмого пострадавшего (13%) с открытыми переломами конечностей была наложена асептическая повязка непосредственно на верхнюю одежду, эффект от применения которой ничтожен. Это связано с отсутствием в укладочном комплекте СМП ножниц для разрезания одежды в местах повреждений, причем о целесообразности введения в перечень вложений в комплект этого изделия писали многие исследователи [141, 148, 201].

Контроль показателей гемодинамики (АД, пульс) у пострадавших старше 60 лет проведен у 126 пострадавших (37,0% от общего числа пострадавших и 97% от числа пострадавших старше 60 лет); контроль АД не был проведен у 16 пострадавших (4,7%).

Инфузионная терапия была проведена в 39 случаях (11,4%), в то время как по тяжести состояния в ней нуждались 56 пострадавших (16,8%), таким образом, в 17 случаях (30,4%; n=56) инфузионная терапия нуждающимся в ней пострадавшим не была выполнена. Анализ клинических наблюдений показал, что причинами отказа в проведении инфузионной терапии были как объективные причины – 7 случаев (отказ от внутривенных вливаний со стороны пациента, технические трудности постановки внутривенного катетера), так и субъективные – 10 случаев (недооценка состояния пациента). Неправильная техника выполнения катетеризации периферической вены (установка внутривенного катетера типа «бабочка» под

кожу) выявлена в 11 случаях (3,2% от общего числа пострадавших и 28,2% от числа установленных катетеров).

По данным результатов анализа СЛ, требования стандартов лечения были соблюдены у 268 (78,8%) и нарушены у 72 (21,2%) пострадавших. Основные упущения при выполнении лечебно-диагностических мероприятий представлены в таблице 2.

Таблица 2

Качественные и количественные показатели упущений лечебно-диагностических мероприятий больным с травмами ОДА

Перечень дефектов, связанных с оказанием медицинской помощи	Выявленные упущения		Причины	
	количество	процент	объектив-ные	субъек-тивные
отсутствие иммобилизации перелома	45	13,2	7	38
отсутствие асептической повязки на ране	23	7	-	23
отсутствие анестезии	37	7,4	12	25
неадекватность анестезии	107	32	9	98
отсутствие инфузионной терапии	17	5,0	8	9
отсутствие сведений об измерении АД	16	4,7	6	10
отсутствие данных измерение ЭКГ у лиц старше 70 лет	46	14	6	40
неправильная катетеризация периферической вены	11	3,3	4	7
общее количество выявленных упущений в лечебной работе	302	88,8	52	250

Анализ материала показал, что серьезные упущения диагностики выявлены у значительного числа пострадавших с травмами ОДА, которые были связаны с недостаточными знаниями клинической симптоматики переломов (12,1%), недооценкой тяжести состояния пострадавшего (7,9%). Из 340 доставленных в приемное отделение пациентов госпитализировано в стационар 177 пациента (52,0%), в то время как в госпитализации нуждались 160 пострадавших (47,1%). Данное положение было связано с тем, что 17 пострадавших (5,0%) были госпитализированы по так называемым со-

циальным показаниям (лица в выраженном алкогольном опьянении, одинокие пожилые граждане, доставленные без верхней одежды, ключей от квартиры и сопровождения). Из числа поступивших в приемное отделение стационара на амбулаторное лечение направлено 155 пострадавших (45,6%), включая 14 человек (4,1%), отказавшихся при наличии показаний от предложенной госпитализации, и 8 (2,4%) пациентов, переведенных в другие лечебные учреждения.

При оценке совпадения диагноза СМП с диагнозами стационара установлено, что полное их совпадение отмечено в 242 случаях (71,2%); расхождение, которое не повлияло на тактику ведения пострадавшего – у 16 пациентов (4,7%) (например, область локализации повреждения совпадает, а рентгенологическая картина нет, или же при переломах шейки бедренной кости и переломах вертельной области); расхождение в сторону гиподиагностики 11 случаев – 3,2%, в сторону гипердиагностики 59 случаев – 16,7%; сличить диагнозы не представлялось возможным в виду некорректности формулировки 11 случаев – 3,2%. Таким образом, общее расхождение диагнозов СМП и врачей приемного отделения стационара выявлено в 98 случаях (28,8%).

Нами также выявлены упущения в организации деятельности СМП, в частности, использование службы СМП для перевозки пострадавших из травматологических пунктов в стационар. При анализе материала данный факт был установлен в 62 случаях (18,2%). При этом в 48 случаях помощь могла быть вполне оказана в травматологическом пункте.

Необоснованная доставка пациентов в стационар из общественных мест, расположенных неподалеку от клиники, выявлено в 53 случаях (15,6%), что увеличивает нагрузку на стационарное звено экстренных служб. Доставка СМП пациентов в состоянии алкогольного опьянения со следами травмы в виде осаднения кожи в стационар из общественных мест без имеющихся показаний для госпитализации – 11 случаев (3,2%). Необоснованная госпитализация в стационар (по социальным показаниям) – 17 случаев (5,0%).

Таким образом, 155 пострадавшим (45,6%) помощь могла быть оказана амбулаторно при более точной догоспитальной диагностике, т.е. на уровне травма-

тологического пункта, что в значительной степени снизило бы загруженность стационара и сэкономило финансовые затраты. Так из РТП доставлено 62 пациента (18,2% от общего количества пострадавших и 40,0% от числа отпущенных амбулаторно); 27 из поликлиник (7,9% от общего числа и 17,4% от амбулаторно отпущенных); 19 из ПНИ (5,3% и 12,3% соответственно). Выявлены основные причины направления пострадавших с травмами ОДА из других ЛПУ: отсутствие травматолога в поликлинике, куда обратился первично пациент – 7 случаев (2,0%), неисправность рентгенологического оборудования – 13 случаев (3,8%), диагностическая ошибка врача амбулаторного звена – 69 случаев (20,3%). Одной из основных причин необоснованного направления на госпитализацию является недостаточная квалификация врачебного персонала ЛПУ, которые используют работу СМП в качестве перевозки, так как бригада СМП, которая приезжает на эти вызовы является фельдшерской и может оспаривать выставленный врачом ЛПУ диагноз. В ходе исследования были выявлены недостатки в организации лечебного процесса на уровне ЛПУ, необоснованный отказ сотрудников реанимации в госпитализации пациентов, хотя показания для госпитализации в ОРИТ имелись, данный факт был выявлен в 5 случаях (1,5%).

Нами установлено, что в результате упущений при оказании медицинской помощи СМП в 1 случае (0,3%) смерть пациента наступила в приемном отделении, а утяжеление состояния пострадавших, потребовавшего госпитализации в отделение реанимации, – у 12 пациентов (3,5%).

Клинический пример № 1

Пациент С., 25 лет, доставлен врачебной бригадой СМП в приемное отделение больницы в 23 ч 55 мин, через один час после принятого вызова. В соответствующих графах СЛ не были указаны: место регистрации, место происшествия. В графе обстоятельства несчастного случая имелась запись: «8.02.14 в 22 часа 40 мин со слов избили на улице около подъезда». Диагноз скорой медицинской помощи был: «колото-ушибленная рана левой стопы. Закрытый перелом костей носа. Алкогольное опьянение?». В СЛ было зафиксировано, что «доставлен без сопровождения, АД 130/80 мм рт. ст.»; была оказана следующая медицинская помощь: «Асептическая повязка на левую

стопу. Пращевидная повязка на обл. носа, Sol. Analgini 50%-2,0 в/м, криопакет. Прочие замечания: документов, денег, ценностей нет».

Состояние пострадавшего при осмотре травматологом в приемном отделении расценено как тяжелое, АД 100/70 мм рт. ст., пульс 96 в 1 минуту. Со слов пострадавшего травму получил в результате падения с высоты 2-го этажа.

Диагноз на уровне приемного отделения: сочетанная травма, ЗЧМТ, ушиб головного мозга легкой степени, открытый многооскольчатый перелом пяточной кости слева, закрытый оскольчатый перелом пяточной кости справа. Неосложненный компрессионный оскольчатый перелом L-2 позвонка со смещением отломков в просвет спинномозгового канала, перелом боковой массы крестца справа. Линейный перелом тела S1. Перелом лобковой кости и седалищной кости справа без смещения. Перелом костей носа. Перелом лучевой кости в типичном месте со смещением. Пациент из приемного отделения был госпитализирован в отделение реанимации, где находился в течение 6 койко-дней.

Таким образом, при оказании медицинской помощи пострадавшему С., 25 лет, на уровне СМП были допущены грубые нарушения не только в оформлении СЛ (отсутствовали указания на место проживания, неправильно обозначены обстоятельства получения травмы), но и при оказании медицинской помощи (отсутствие иммобилизации, адекватного обезболивания, диагностические ошибки). Частота выявленных упущений при оказании СМП представлена в виде диаграммы на рисунке 11. Как следует из диаграммы лишь в 30% случаев не были выявлены какие либо нарушения в работе СМП.

Анализ показал, что 5% больных с хронической патологией ОДА (артрозы, артриты) потребляют 25% объемов СМП в течении 1 года. Таким образом, одной из важных проблем в улучшении качества оказания СМП является то, что СМП дублирует функции амбулаторно-поликлинических учреждений и выполнять по сути функции «неотложки». Определенные приказом Минздрава СССР №404 меры по передаче неотложной медицинской помощи амбулаторно-поликлинической службе так и остались повсеместно не выполнимыми, хотя с момента принятия приказа прошло более 20 лет.

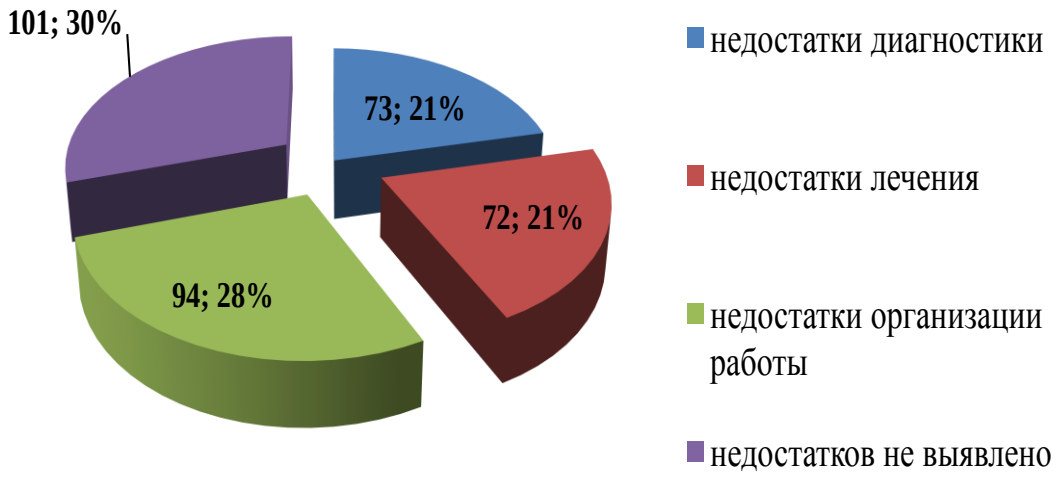


Рисунок 11. Частота упущений оказания СМП пострадавшим с травмами ОДА

Следует отметить, что Департамент здравоохранения г. Москвы принимает меры по разграничению служб «скорой» и «неотложной» помощи. Так, в первом полугодии 2015 г. планируется закончить формирование городской сети единых диспетчерских центров неотложной медицинской помощи, а до конца года дополнительно создать более 10 бригад «неотложки» [242]. Однако сортировку пострадавших по этим направлениям СМП может организовать по первичному опросу вызывающего, и если вызов поступает из ЛПУ, диспетчер не может оспаривать диагноз врача, осматривавшего пациента в поликлинике или РТП. Таким, образом, в настоящее время складывается обстановка, что работа СМП в значительной мере зависит от качества работы поликлиник и травматологических пунктов.

Клинический пример № 2

Пациент К., 87 лет, накануне упал дома на область правого тазобедренного сустава. Обратился в травматологический пункт по месту жительства с жалобами на боли в области правого тазобедренного сустава, которые стали усиливаться после перенесенной травмы. Пациент много лет страдает правосторонним коксартрозом. Осмотрен врачом травматологического пункта, выполнены рентгенограммы. Врач РТП, заподозрив «вывих бедра», вызвал бригаду СМП (такие вызовы обслуживаются фельдшерскими бригадами), которая доставила пострадавшего в стационар. В стационаре был установлен диагноз: правосторонний коксартроз 3 степени. Данных за костную травму не выявлено. Так, диагноз «вывиха бедра» был снят и пациент в госпитализации в стационар не

нуждался, пострадавший оставался в приемном отделении в течение 3 часов, ожидая транспорта СМП для перевозки его к месту жительства.

Таким образом, налицо грубая диагностическая ошибка, причиной которой явился недостаточный уровень квалификации врача РТП: отсутствие представления о механизме травмы, незнание рентгенологических признаков повреждений суставов. Вывих бедра является высокоэнергетической травмой и встречается у лиц старше 17 лет после автомобильных аварий, а у лиц старше 65 при падении с вертикального положения является казуистикой, в связи с развитием артрозных изменений в суставе.

Необходимость адекватного контроля качества оказания медицинской помощи для СМП неоспоримо, так как от этого зависит оценка работы всей станции СМП при проверке ее деятельности, лицензировании и аккредитации. Существующая система контроля качества СМП пациентам травматологического профиля не в полной мере обеспечивает взаимодействие стационарного звена с работой СМП. Для этого необходимо в каждом ЛПУ проводить оценку деятельности работы СМП с оформлением выявленных дефектов и информированием ДЗ г. Москвы. Также во время суточного дежурства необходима фиксация указаний на наличие дефектов СМП на диспетчерском пункте.

Наряду с этим, для оказания догоспитальной помощи больным травматологического профиля требуется дополнительное материально-техническое оснащение бригад СМП современными облегченными медицинскими изделиями для иммобилизации поврежденных конечностей и таза (рисунок 12), ножницами для разрезания одежды в местах повреждений.

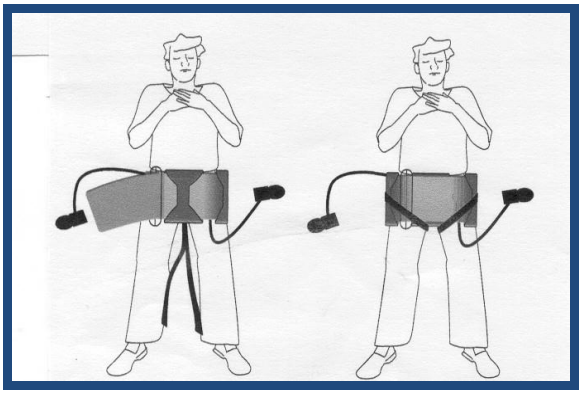


Рисунок 12. Методика иммобилизации тазового кольца при тяжелом повреждении таза

ГЛАВА 4.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ТРАВМАМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Деятельность приемного отделения по оказанию экстренной специализированной помощи пострадавшим с травмами ОДА организуется в соответствии со статьей 37 закона РФ № 323-ФЗ, в развитии положений данного закона приказом Минздравсоцравития РФ № 179 от 1 ноября 2004 г. «Об утверждении порядка скорой медицинской помощи», приказом № 901н МЗ РФ от 12 ноября 2012 г. «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «травматология–ортопедия»» [5, 12, 15]. Положения вышеуказанных приказов отражают порядок и стандарт оказания специализированной скорой медицинской помощи на уровне стационара. Также необходимо отметить, что в 2003 г. ДЗ г. Москвы были утверждены методические рекомендации по работе приемных отделений мегаполиса, содержащие общие организационные принципы деятельности приемного отделения стационара при оказании МП пострадавшим, включая потерпевших с травмами и повреждениями ОДА [179].

Исходя из этих рекомендаций, проведен анализ работы приемного отделения многопрофильного стационара по оказанию экстренной помощи пациентам травматологического профиля с повреждениями ОДА по следующим показателям:

- сроки оказания медицинской помощи в приемном отделении с учетом характера и тяжести травмы;
- время пребывания пациентов в приемном отделении до начала выполнения лечебно-диагностических мероприятий;
- полнота и адекватность назначения врачом-травматологом необходимых диагностических (лабораторных и инструментальных) исследований больным;

наблюдение за больными в приемном отделении до постановки диагноза;

- своевременность начала мероприятий по предупреждению возможных осложнений (травматического шока);
- своевременность устранения угрожающих жизни состояний;
- полнота оформления и ведения установленной медицинской учетной документации: карты стационарного больного, согласия или отказа от медицинского вмешательства, оформление согласия на проведения оперативных вмешательств по экстренным и срочным показаниям, правильность заполнения «Акта освидетельствования на факт употребления алкоголя», четкость рекомендаций в справках об обращении в стационар, а также при переводе пациента в другое лечебное учреждение;
- правильность заполнения карты стационарного больного с указанием данных анамнеза, механизма травмы, наполняемости диагноза по МКБ-10;
- соответствие тактики ведения пострадавшего в приемном отделении выставленному диагнозу;
- адекватность маршрутизации пациента в приемном отделении;
- своевременность направления информации (телефонограммы) в службу «02» дежурной части города Москвы обо всех случаях обращения в больницу граждан с телесными повреждениями насильственного характера, после дорожно-транспортных происшествий, случаях производственного травматизма;
- проведение мероприятий по подготовке приемного отделения к работе в условиях возникновения экстремальных ситуаций с массовым поступлением пострадавших, и в случаях выявления пациентов с подозрением на особо опасные инфекции.

При оценке работы приемного отделения учитывались: максимальная еже-суточная и месячная пропускная способность; среднее недельное число больных, распределение по дням недели, по часам суток; количество больных, доставленных в приемное отделение в состоянии шока, причины их доставки и отказа от госпитализации в отделения ОРИТ; совпадение диагнозов врачей приемного отделения и при выписке из стационара; число диагностических исследований и

консультаций на 100 пострадавших; процент больных, получивших законченную травматологическую помощь; среднее время пребывания пострадавшего в приемном отделении; причины задержки пострадавших в приемном отделении; полнота и своевременность диагностических исследований; обоснованность госпитализации. Определено влияние степени загруженности диагностических кабинетов и смежных специалистов (врачей: хирурга, терапевта, нейрохирурга и др.) на лечебно-диагностический процесс.

Для примера нами рассмотрена структура приемного отделения одного из крупных многопрофильных стационаров мегаполиса.

Согласно рекомендациям ДЗ г. Москвы по организации приемного отделения стационара все помещения разделены на группы, расположенные в хирургическом и главном корпусах. В состав помещений приемного отделения хирургического корпуса входят: диспетчерская, противошоковая палата, комната персонала, смотровая (кабинет дежурного врача), перевязочные: гнойная и чистая, гипсовая, изолятор, санитарный пропускник, кабинеты старшей медицинской сестры и заведующего отделением. Помещения приемного отделения, расположенные в главном корпусе, включают: диспетчерскую, ординаторскую, комнату персонала, смотровые кабинеты врачей: гинеколога, терапевта, невролога, уролога; изолятор, санитарный пропускник, процедурный кабинет и противошоковую палату.

Из этого перечня следует, что не в полной мере учитывается многопрофильный характер стационара, отсутствуют рекомендации по оснащению кабинета для приема пострадавших с травмами ОДА. Перечень помещений носит рекомендательный характер и, как показывает практика, не во всех приемных отделениях многопрофильных стационаров, имеются все описанные помещения.

Структура приемного отделения одного из крупных многопрофильных стационаров мегаполиса включает:

диспетчерскую, где при поступлении заводится регистрационный лист, с которым пациент направляется к специалисту;

кабинеты специалистов: нейрохирурга, травматолога, хирурга, терапевта, уролога, гинеколога, челюстно-лицевого хирурга (кабинет для чистых и гнойных

больных), окулиста, психиатра, ЛОР-врача, расположенные на одном этаже корпуса;

кабинеты для проведения лабораторных и инструментальных методов исследования: рентген-кабинет, кабинеты УЗИ- и ЭКГ-диагностики, экспресс-лаборатория;

кабинеты манипуляционные: гипсовая, процедурный кабинет для проведения прививок АС, ПСС, вакцинации от бешенства, взятия крови на алкоголь, первичного определения группы крови пострадавшего;

помещения для санитарной обработки больных, поступающих в сомнительном санитарном состоянии;

санитарный пропускник, который также используется как изолятор для поступивших в состоянии выраженного алкогольного опьянения, в этом же помещении хранятся каталки для транспортировки больных;

кабинет старшей медицинской сестры;

кабинет заведующего отделением;

комната отдыха для среднего медицинского персонала;

комната отдыха для младшего медицинского персонала;

комната отдыха для сотрудников рентгенологической службы;

ординаторские (2 кабинета).

Все вышеуказанные помещения приемного отделения занимают первый этаж корпуса, включая экстренный операционный блок и отделение реанимации. Таким образом, в перечне помещений учитывается многопрофильность поступающих больных, что в значительной мере облегчает работу по приему и ведению пострадавших с сочетанной и множественной травмами. Однако отсутствие противошоковой палаты, перевязочного кабинета и изолятора негативно отражается на качестве оказания МП пострадавшим в состоянии травматического шока, психомоторного возбуждения и вызывает перегрузку операционного блока.

В ходе исследования установлено, что в многопрофильном стационаре г. Москвы работа приемных отделений по оказанию травматологической помощи пострадавшим организована по усмотрению руководства ЛПУ. Это объясняется

тем, что действующий приказ Минздравсоцравития от 1 ноября 2004 г. №179 не предусматривает четких мероприятий организации травматологической помощи приемных отделений стационаров. В качестве регламентирующего документа организации и материально-технического оснащения, штатного расписания использован приказ МЗ РФ № 901н [12]. Однако в нем приведены штатные нормативы дневного стационара по профилю «травматология и ортопедия», а также правила организации его деятельности, рекомендации по штатным нормативам кабинета травматологии и ортопедии, стандарт оснащения кабинета травматолога. Какие-либо нормативные документы по организации деятельности травматологической службы приемного отделения стационара отсутствуют. Также не предусмотрены специальные штатные нормативы по обеспечению приемного отделения врачами-травматологами.

Как правило, эту помощь оказывают врачи-травматологи по оказанию экстренной круглосуточной медицинской помощи, штатные единицы которых числятся в профильном отделении, либо нормативы формируются каждым ЛПУ по усмотрению администрации.

Дежурная травматологическая бригада по оказанию экстренной круглосуточной травматолого-ортопедической помощи рассматриваемого многопрофильного стационара предусматривает пять должностей врачей-травматологов с различной квалификацией и опытом работы, условно распределенных по основным направлениям круглосуточной экстренной травматологической помощи: ответственный травматолог, 2 врача операционного блока, врач приемного отделения, врач стационара для наблюдения за тяжелыми больными. Согласно штатному расписанию должности врачей-травматологов по оказанию экстренной травматологической помощи находятся в профильном отделении (12 ставок врачей по оказанию экстренной помощи на 60-коечное травматологическое отделение), и пять ставок отнесены к штатному расписанию приемного отделения.

С 2015 г. в связи с реорганизацией системы здравоохранения в г. Москве штатная структура врача по оказанию экстренной травматологической помощи была упразднена, в штатном расписании указана должность врача-травматолога,

общее число ставок врачей-травматологов составило 12,25 на 60 коек. Распределение врачей-травматологов (на 25 ставок врачей-дежурантов), по имеющимся у них квалификационным категориям представлено на рисунке 13. Из них ученую степень кандидата медицинских наук имеют 7 врачей.

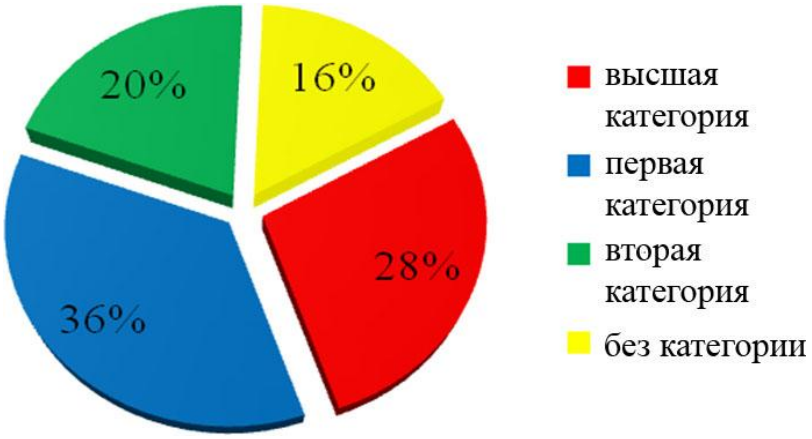


Рисунок 13. Распределение квалификационных категорий у врачей-травматологов по оказанию круглосуточной экстренной помощи

Руководством ЛПУ предусмотрены должностные инструкции врача-травматолога профильного отделения стационара, врача-травматолога приемного отделения. До 2012 г. существовали отдельные инструкции для врачей-травматологов по оказанию экстренной травматологической помощи, которые были упразднены. Распределение обязанностей в бригаде травматологов осуществляется согласно многолетнему практическому опыту клиники, какие-либо регламентирующие внутренние приказы ЛПУ отсутствуют. На ответственного врача-травматолога, который назначается заведующим профильного отделения при условии наличия высшей квалификационной категории и стажа работы более 5 лет в экстренной травматологической службе, возлагаются обязанности по осуществлению руководства дежурной бригадой, взаимодействие в случае необходимости с ответственным администратором по больнице, а также определение тактики лечения в сложных клинических ситуациях.

Врач операционного блока выполняет медицинские манипуляции поступившим больным: репозицию перелома в сложных случаях, первичную хирургическую обработку ран, медицинские блокады, пункции крупных суставов, плев-

ральной полости, наложение скелетного вытяжения, оперативное пособие, включая выполнение остеосинтеза на всех крупных сегментах.

Функциональные обязанности врача приемного отделения включают: первичный осмотр пострадавшего с фиксацией в карте вызова скорой помощи данных о его приеме, оценку состояния пострадавшего, направление его на обследование, контроль выполнения назначенных методов исследования. Врач приемного отделения не имеет права покидать территорию приемного отделения. В случае госпитализации пациента в другие (непрофильные) отделения врач приемного отделения оставляет подробную запись о предполагаемой тактике ведения больного с указанием времени следующего осмотра травматологом.

Аналитические статистические данные работы стационарной службы за последние 3 года (2012 – 2014 гг.) показали, что пострадавшие с травмами ОДА поступали в стационар самостоятельно (самотеком») по направлениям травматологических пунктов и других ЛПУ, либо доставлялись бригадами скорой медицинской помощи. На рисунке 14 представлена структура пациентов, поступивших по вышеперечисленным каналам госпитализации (исходя из 100 пострадавших).

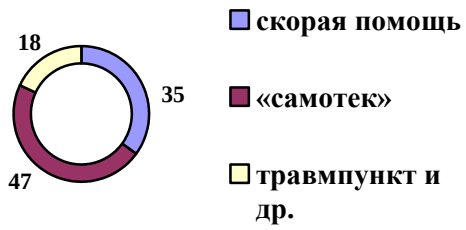


Рисунок 14. Структура поступивших с травмами ОДА по каналу госпитализации на 100 пострадавших

Проанализировано ведение 340 пострадавших, доставленных СМП по экстренным показаниям с травмами ОДА, на уровне приемного отделения. Из них 163 пациентам помощь была оказана амбулаторно; 150 госпитализированы в профильное травматологическое отделение; 27 – в отделение реанимации и другие отделения стационара (нейрохирургическое – 6 пострадавших, психосоматическое – 7 пострадавших, хирургическое – 2 пострадавших).

Анализ клинического материала показал, что у пациентов травматологического профиля с повреждением опорно-двигательного аппарата клинический диагноз устанавливается в 30,7% случаях по данным объективного осмотра и анамнеза (наличии телесных повреждений с изучением их характера и морфологической картины; наличие деформации, вынужденного положения конечности; исходя из механизма получения травмы).

Одним из основных диагностических методов исследования является рентгенологический, подтверждающий диагноз костных повреждений в 73,6% случаев.

Примененные инструментальные методы обследования пострадавших с повреждениями ОДА представлены в таблице 3, в которой также указаны показатели предусмотренного среднего времени, и фактически затраченного на проведение каждого их методов обследования.

Регламентированное время на проведение исследований определено приказом Министерства здравоохранения РСФСР от 1991 г. (приказ № 132 от 2 августа 1991 г. «О совершенствовании службы лучевой диагностики»). Приказ содержит ряд положений, в том числе по количеству условных единиц на норму нагрузки. Так, расчетная норма нагрузки на врача ультразвуковой диагностики при 6,5 часовом рабочем дне – 33 условные единицы. За условную единицу принимается работа продолжительностью 10 минут. При сочетанных исследованиях нескольких органов расчетные нормы на каждый последующий орган сокращаются на 5 минут. Нами установлено, что уменьшение фактического времени проведения большинства исследований связано с загруженностью кабинетов. В таблице 4 представлено среднее число ежемесячного количества проведенных исследований, а также просчитано количество регламентированных числа исследований с учетом почасовой работы кабинетов без перерывов (длина месяца – 30 дней).

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует, что вспомогательные кабинеты диагностики работают в режиме значительной перегрузки.

Проведен анализ показаний использования каждого метода диагностики при оказании помощи пострадавшим с травмами и повреждениями ОДА (рисунок 15).

Таблица 3

Методы обследования пострадавших с травмами ОДА, наиболее часто применяемые в экстренном порядке

Наименование исследования	Часы работы кабинета	Наименование и количество аппаратов (шт.) для обеспечения экстренной травматологической помощи	Регламентированное время, отведенное на проведение одного исследования на 1 пострадавшего, мин	Фактическое время, затраченное на проведение исследования, мин
Рентгенологическое	круглосуточно	стационарный рентгенаппарат «Ренекс» – 1; палатный – 1	череп – 15;грудная клетка – 15;таз – 20;поясничный отдел позвоночника – 15;коленный сустав – 20. Снимки на палатных аппаратах при совмещении работы в рентгеновском кабинете – 30	череп – 10;грудная клетка – 10;таз – 15; поясничный отдел позвоночника – 10; коленный сустав – 10
Компьютерная томография	круглосуточно	компьютерный томограф Prime Aquilion Toshiba – 1	головного мозга 30 мин; грудной клетки 40 мин; таза 40 мин; крупных суставов 30 мин.	головного мозга – 15; грудной клетки – 20; таза – 20; крупных суставов – 20
Ультразвуковое (включая УЗАС)	круглосуточно	Переносной УЗИ аппарат Sonosite Micromax – 1; аппарат стационарный eSaote – 2	печень+ желчный пузырь – 20; желчный пузырь с определением функции – 60;поджелудочная железа – 20; селезенка – 20; периферические сосуды – 20; допплерометрия сосудов со спектральным анализом в постоянноволновом режиме – 50; исследование сосудов с цветным допплеровским картированием – 60; мягкие ткани – 20	10 – 15
Магнитно-резонансная томография	6 часов (с 8:00 до 15:00)	магниторезонансный томограф Toshiba – 1	45 – 60	45
Электрокардиография	круглосуточно	передвижной аппарат Schiller AT-10 plus – 1	15	7 – 15
Лабораторные методы (ОАК, ОАМ, биохимия крови, группа крови, резус-фактор)	круглосуточно	гематологический анализатор ADVA-60 – 1; урометр – UROMETER 720TM – 1; глюкометр Biosen и Сателлит – 2	ОАК – 10; ОАМ – 20; биохимия крови – в течение часа; группа крови, резус фактор – 30	ОАК–7; ОАМ – 10; биохимия крови – 20; группа крови, резус фактор – 30

Таблица 4

Среднее ежемесячное число исследований, выполненных по экстренным и срочным показаниям

№	Наименование исследования	Регламентированное ежемесячное число исследований на одну единицу техники (исходя из регламентированного времени на 1 исследование)	Среднее количество исследований, проведенных за 1 месяц
1.	Рентгенологическое	2160 (снимков)	9560±45 (снимков)
2	Компьютерная томография (КТ)	1080	900±15
3	Ультразвуковое (включая УЗАС)	1440	2100±25
4	Магнитно-резонансная томография	Выполняется в основном плановым больным	10±5
5	Электрокардиография	2880	2100±35
6	Лабораторные методы (ОАК, ОАМ, биохимия крови, группа крови, резус фактор)	ОАК – 4300 ОАМ – 4300 Биохимический анализ крови – 720 Группа крови и резус фактор – 720	ОАК – 5500±45 ОАМ – 1100±15 Биохимический анализ крови – 3100±25 Группа крови и резус фактор- 980±20

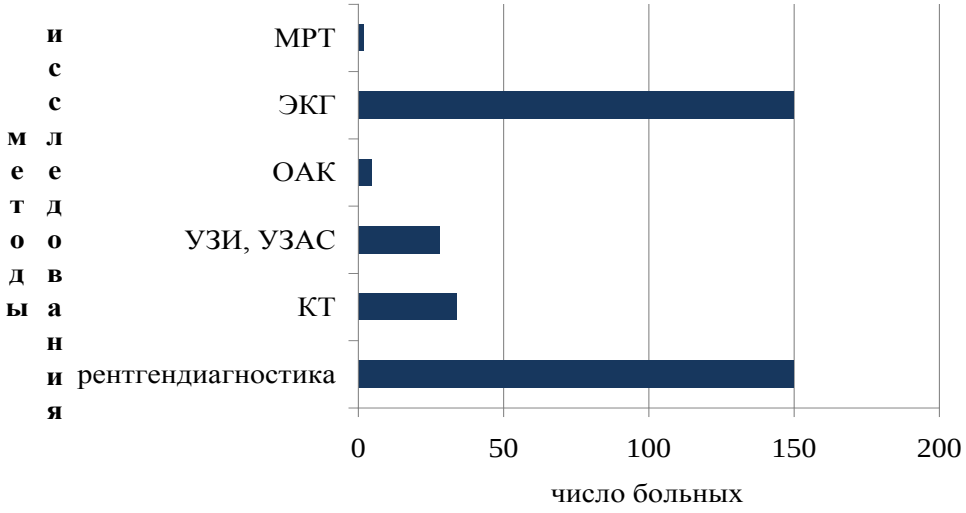


Рисунок 15. Распределение методов исследования на 150 госпитализированных пострадавших с травмами ОДА

Анализ клинического материала показал, что рентгенологический метод исследования применен всем пациентам травматологического профиля для подтверждения или исключения наличия костно-травматических повреждений

(100%), а также после закрытой ручной репозиции и фиксации в гипсовых лонгетах для контроля правильности проведения манипуляции (100%). Пациентам, госпитализированным в стационар, выполнялось рентгенологическое обследование органов грудной клетки для выявления патологии со стороны легочной ткани и органов средостения (100%).

МСКТ больным травматологического профиля выполнялась при переломах костей таза (67%), подозрении на внутрисуставные повреждения в области тазобедренного сустава (34%), внутрисуставных повреждениях коленного сустава (кроме переломов надколенника) (17%), переломах шейки и головки плечевой кости у молодых больных (до 60 лет) (9%), переломах пяточной кости (34%), грудной клетки при подозрении на повреждение органов средостения и ткани легких (47%). Данные показания для проведения МСКТ у пострадавших с травмами ОДА обусловлены следующими причинами: при переломах костей таза важна ранняя диагностика повреждений боковых масс крестца, особенно у пациентов с высокоэнергетической травмой, что может привести к неверно выбранной тактике лечения и, как следствие, к инвалидизации пострадавшего [133].

Проведенные в клинике исследования показали, что при отсутствии или не выполнении МСКТ-диагностики при повреждениях костей таза в 5 – 20% случаев повреждения в области вертлужной впадины и боковых масс крестца не диагностируются. Выполнение МСКТ-исследования при расхождении клинического и рентгенологического диагнозов необходимо для объективного подтверждения или опровержения диагноза перелома (шейки бедра); при внутрисуставных переломах шейки плечевой кости у пациентов младше 60 лет, внутрисуставных переломах в области коленного сустава и пяточной кости необходимо для правильного подбора металлофиксаторов, так как четко отражает степень смещения отломков, распространение и характер перелома, что не всегда визуализируется при рентгенологическом методе исследования. Выполнение МСКТ грудной клетки показано в случае подозрения повреждения легких, для оценки объема гемо- или пневмотораксов, наличия патологии со стороны легочной ткани (в том числе не связанных с травмой). Важной функцией МСКТ также является получение досто-

верных данных не только о характере и локализации костных повреждений ОДА, но и о давности этих повреждений, что позволяет объективизировать и установить степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека при проведении СМЭ.

Показаниями для МРТ у пациентов с повреждениями ОДА является травма связочного аппарата голеностопного, коленного, локтевого, лучезапястного суставов. Как метод диагностики по экстренным показаниям применяется редко (в 0,3% случаев), так как занимает значительное время (от 30 и более мин). Метод не имеет существенного значения при оказании экстренной помощи при повреждениях ОДА и может быть рекомендован к применению в отсроченном порядке.

Показаниями для УЗИ считаются: наличие в анамнезе высокоэнергетической травмы (ДТП, кататравма) с целью исключения внутрибрюшного кровотечения; травма нижних конечностей, полученная за несколько дней до поступления (с целью исключения тромбозов глубоких вен), клинических признаках разрыва ахиллова сухожилия, обширных мягкотканых гематомах.

ЭКГ-исследование проводилось всем пациентам, которые госпитализировались в стационар (100%), остальным – по показаниям.

Лабораторные методы диагностики: клинический анализ крови выполнен всем пациентам при госпитализации, определение группы крови и резус фактора – при подготовке к экстренному или срочному оперативному лечению.

Показания к осмотру смежными специалистами были следующие: осмотр терапевтом назначался всем пациентам перед предполагаемым оперативным лечением; пациентам старше 60 лет, при наличии в анамнезе тяжелой соматической патологии (бронхиальная астма, перенесенный инфаркт миокарда, сахарный диабета, порок сердца и др). Осмотр нейрохирургом – всем пациентам после ДТП, кататравмы, а также с учетом жалоб и анамнеза. Осмотр хирургом – всем пациентам после ДТП, кататравмы, а также при наличии травм нижних конечностей, полученных за несколько дней до поступления (для обоснования назначения УЗАС и профилактики тромбоэмболических осложнений).

Частота проведенных осмотров смежными специалистами представлен на рисунке 16 (150 пострадавших с травмами ОДА), госпитализированных в профильное отделение.

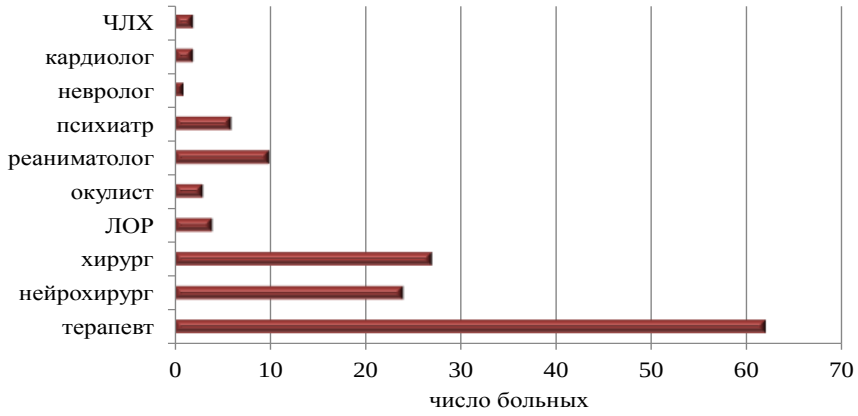


Рисунок 16. Осмотр смежными специалистами на 150 госпитализированных пострадавших с травмами ОДА

Результаты анализа клинического материала показали, что пострадавший после ДТП обеспечивался следующим комплексом обследования:

1) в обязательном порядке – осмотр врачами-специалистами: травматолог, нейрохирург, хирург; по показаниям при наличии телесных повреждений этих областей – окулист, ЧЛХ, ЛОР-врач.

2) в обязательном порядке – рентгенография черепа, грудной клетки, таза. Другие области исследовались по показаниям. УЗИ органов брюшной полости; КТ головного мозга при подозрении на наличие ЧМТ; ОАК; ЭКГ; взятие крови на концентрацию этанола в крови и выявления других психотропных веществ (с согласия пациента); при наличии ран и ссадин – введение противостолбнячной сыворотки или анатоксина.

На основании исследуемых данных медицинской документации выполнение вышеперечисленного перечня диагностических мероприятий у пострадавших после ДТП являлось достаточным для установки правильного диагноза и начала проведения лечебных мероприятий.

Однако, как показывает практика при массовом поступлении таких пациентов, доставляемых в приемное отделении одновременно (более 5 человек), нагрузка на персонал отделения и диагностические кабинеты значительно возрастала, и выполнение исследований было труднореализуемой задачей.

Некоторые из вышеперечисленных показателей работы приемного отделения в условиях мегаполиса представлены в таблице 5.

Таблица 5

Данные интенсивности работы приемного отделения по оказанию скорой специализированной травматологической помощи

№	Наименование показателя	Количество пострадавших
1	максимальная емкость приемного отделения для пострадавших с повреждениями ОДА	80-95 пострадавших в сутки
2	максимальный месячный поток больных с повреждениями ОДА	1250–1500 пострадавших
3	среднее недельное число больных с повреждениями ОДА	150 пострадавших
4	наиболее загруженные дни по дням недели	среда, суббота
5	наиболее загруженные часы суток	18^{00} – 01^{30}
6	количество пациентов, доставленных в состоянии травматического шока	10,6%
7	число исследований на 100 поступивших с повреждениями ОДА	473±13
8	доля больных пребывающих в приемном отделении, с повреждениями ОДА более 1 часа	82%
9	процент больных, получивших травматологическую помощь	57±14%
10	процент больных получивших, законченную травматологическую помощь	23,7%

Одним из важных показателей эффективности работы приемного отделения является длительность пребывания в нем пациента. Согласно данным многочисленных исследований, время пребывания в приемном отделении должно быть обосновано и не может превышать 2 часов [126, 127]. Однако, по мнению некоторых авторов, оно должно быть ограничено лишь одним часом, а при ургентной патологии – не более 30 минут [126]. Так, в административном регламенте предоставления государственной услуги «Оказание стационарной медицинской помощи» в условиях круглосуточных стационаров КГБУЗ «Артемовская городская больница № 1» прописано, что «больной должен быть осмотрен в приемном отде-

лении не позднее 30 минут с момента обращения, а при угрожающих жизни состояниях – немедленно. В случаях, когда для окончательной постановки диагноза требуются динамическое наблюдение и полный объем неотложных лечебно-диагностических мероприятий, допускается нахождение больного в приемном отделении до определения показаний для перевода в специализированное отделение, но не более 6 часов». Таким образом, какие либо правовые документы, регламентирующие время нахождения пострадавшего в приемном отделении, отсутствуют и устанавливаются каждым ЛПУ по его усмотрению.

В приказе Минздрава РФ от 7 июля 2015 г. № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» в разделе критериев, применяемых при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, указано, что проведение первичного осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме, должно быть осуществлено не позднее 2 часов с момента поступления пациента в приемное отделение (дневной стационар) медицинской организации, а при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания экстренной медицинской помощи, первичный осмотр пациента проводится безотлагательно.

Результаты исследования показали, что время пребывания пострадавших с травмами ОДА на территории приемного отделения варьируется в значительных пределах от 30 мин до 6 ч. Анализируя истории болезни госпитализированных больных, среднее время пребывания в приемном отделении составило в среднем 3 ч 36 мин (рисунок 17).

В 87,4% случаев время между оформлением медицинской документации до начала приема врачом-травматологом в среднем составляло 25 мин, т.е. в этот промежуток времени пациент оставался без надлежащей врачебной помощи. Среднее время осмотра врачом-травматологом приемного отделения с изучением анамнеза, назначением диагностических методов обследования составляло 30 мин

(75,7%), а при наличии травматического шока – 20 мин (72,3%). Согласно исследованию задержка пострадавшего в приемном отделении была выявлена в 44,1% наблюдений. Причины задержки пациента в приемном отделении связаны с объективными и субъективными факторами. Объективные факторы выявлены в 68 случаях (45,3%), необъективные – в 82 случаях (54,7%).

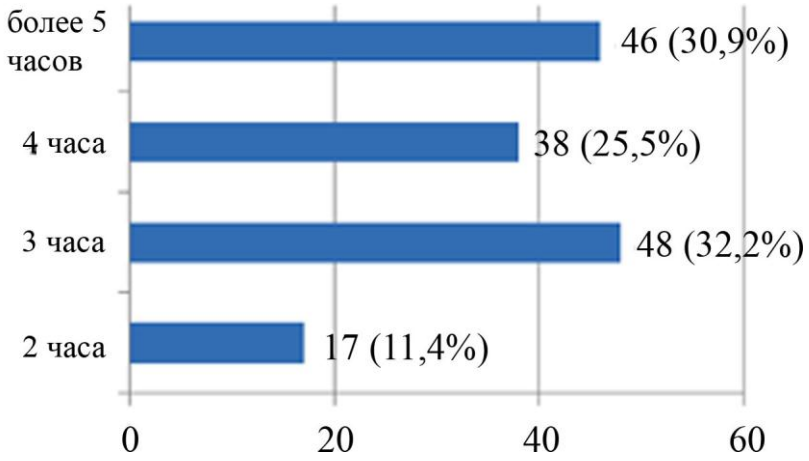


Рисунок 17. Время пребывания пациентов в приемном отделении до госпитализации стационар

Объективные факторы:

- одномоментное поступление нескольких «каталочных» больных;
- необходимость проведения большого количества диагностических методов обследования (включая рентгенограммы нескольких областей, выполнение МСКТ-исследования, УЗИ);
- привлечение для обследования более 2 врачей-специалистов;
- загруженность специалистов;

Субъективные факторы:

- ожидание оформления медицинской документации;
- отсутствие достаточного количества санитаров для транспортировки пострадавших;
- отсутствие на рабочем месте специалиста для осмотра пострадавшего по неуважительным причинам;
- отсутствие на рабочем месте персонала в связи с вынужденной консультативной работой в других отделениях;

- необоснованные расширения показаний для выполнения диагностических методов исследования.

На основании вышеизложенного субъективные факторы обусловлены недостаточной организацией лечебно-диагностического процесса в приемном отделении. Время, отведенное на выполнение всех процедур, включая оформление медицинской документации при поступлении и выполнение диагностических исследований по принятой схеме, у пострадавших после ДТП составляло 2 ч 15 мин (таблица 6).

Таблица 6

Время пребывания пациента, отведенное на этапы оказания МП в условиях приемного отделения

№	Наименование лечебно-диагностического этапа обследования пострадавшего с травмами ОДА после ДТП	Время, отведенное на выполнение указанных этапов, мин
1	ожидание оформления медицинской документации	25
2	осмотр врача травматолога	30
3	осмотр врача нейрохирурга	20
4	осмотр врача хирурга	20
5	выполнение рентгенологического обследования, принятого у пострадавших с ДТП (череп, таз, грудная клетка)	40
6	выполнение УЗИ органов брюшной полости	20
7	выполнение КТ головного мозга	20
8	взятие крови на алкоголь, введением противостолбнячного анатоксина	20
9	ОАК	10
10	ЭКГ	10

При ретроспективном анализе медицинской документации у 32 пострадавших, доставленных после ДТП (74,4%), отсутствовала клиническая симптоматика при которой показано выполнение большинства методов обследования, в то время как им проводилось их значительное число. Так из 43 случаев лишь в 11 (25,6%) была описана клиническая симптоматика для назначения и выполнение УЗИ-исследования, в 7 историях болезни (16,3%) были указаны клинические признаки нетяжелой ЧМТ, в 11 (25,6%) – наличие жалоб на боли в области грудной клетки, в 14 случаях (32,6%) – на боли в области таза и тазобедренных суставов. Не следует отрицать, что принятый в клинике алгоритм обследования пострадавших по-

сле ДТП является совершенно обоснованным, однако зачастую имеет место так называемый «бесконтактный» осмотр пациента, когда врач лишь узнав обстоятельства травмы (ДТП) назначает весь комплекс обследований, без достаточного обоснования его клиническими данными. Следует обратить внимание на то, что в ряде случаев (7%) все вышеперечисленные обследования назначались медицинской сестрой, которая, после получения результатов исследования осуществляла вызов врача для осмотра больного и определении тактики лечения. Несомненно, формальный подход к назначению методов исследования, ориентированный лишь на механизм травмы является порочной практикой и вызывает значительные перегрузки медицинского оборудования, среднего и младшего медицинского персонала, и увеличивает стоимость лечения.

Таким образом, время пребывания пациента в приемном отделении, особенно с наличием сочетанной травматологической патологии, является решающим показателем его работы, большую роль играют обоснованность и количество методов исследования, проведенных за этот промежуток времени. У пострадавших с ТШ при тяжелой сочетанной и множественной травмах время играет существенную роль. Пребывание на территории приемного отделения данной категории больных более 2 часов является недопустимым. По нашим данным из 150 пострадавших с явлениями травматического шока поступило 10,6% (16 человек), при этом в 7 случаях (4,7%) в первичной госпитализации в ОРИТ было отказано. Отказ врачом-реаниматологом был мотивирован отсутствием витальных и гемодинамических нарушений у пострадавшего, несмотря на наличие повреждения более двух сегментов ОДА.

Заслуживает внимание тот факт, что из 12 пострадавших, госпитализированных в ОРИТ из приемного отделения, задержка в приемном отделении более 1 часа была у 9 пострадавших (75%) (рисунок 18).

Их них четыре человека – с повреждениями в области таза; три человека – с сочетанной травмой, в составе которой – ушиб головного мозга, перелом бедренной кости костей голени; один – с желудочно-кишечным кровотечением и чрезвертельным переломом бедренной кости; один пациент с множественной костной

травмой; один пациент с множественными переломами ребер и повреждением легкого с тотальным гемопнемотораксом.

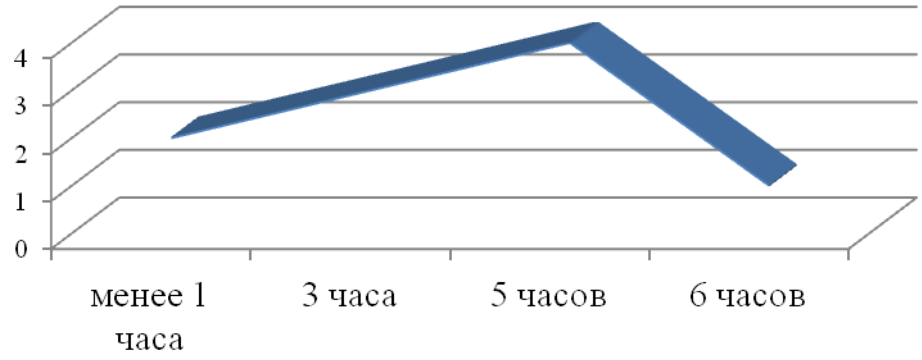


Рисунок 18. Время пребывания госпитализированных в ОРИТ в приемном отделении

Статистические результаты свидетельствуют о необходимости тесного взаимодействия приемного отделения с отделением интенсивной терапии. Безотказная консультация врача-реаниматолога является неотъемлемым правилом организации работы приемного отделения, а время пребывания в приемном отделении пострадавших в состоянии травматического шока должно быть минимальным и составлять не более 1 часа. Эффективность этого взаимодействия состоит в совместном (с ответственным травматологом) принятии решения о госпитализации пострадавшего в ОРИТ для проведения лечебных манипуляций для предотвращения угрожающего жизни состоянии, минуя проведения диагностических исследований в приемном отделении. В противном случае, как показывает практика, задержка в проведении этих манипуляции может привести к летальному исходу.

Клинический пример № 3

Пострадавший Р., 23 лет, был сбит автомашиной. Доставлен бригадой СМП непосредственно в отделение реанимации с диагнозом: сочетанная травма, ЗЧМТ, сотрясение головного мозга, перелом 9–10 ребер слева, открытый перелом обеих костей правой голени со смещением. Однако бригаде СМП в приеме пострадавшего в ОРИТ было отказано. Врачом-реаниматологом оставлена запись в СЛ о том, что гемодинамические показатели у пострадавшего стабильные и он может быть обследован в приемном отделении, куда и был в последующем доставлен. В приемном отделении пострадавший осмотрен травматологом, нейрохирургом, хирургом, выполнены рентгенограммы орга-

нов грудной клетки, таза, УЗИ органов брюшной полости, КТ головного мозга, органов грудной клетки таза. Был выставлен диагноз (тяжелая сочетанная травма ЗЧМТ, СГМ, тупая травма груди; ушиб легких; переломы поперечных отростков 1–5 поясничных позвонков, тела крестца на уровне 1-го крестцового позвонка, лобковой и седалищной кости справа; открытый фрагментарный оскольчатый перелом диафизов обеих костей правой голени в нижней трети со смещением отломков; тупая травма живота. Ушиб, разрыв правой почки; массивная забрюшинная гематома; травматический шок) и потерпевший госпитализирован в ОРИТ. Обследование в условиях приемного отделения заняло более 5 часов, каких либо противошоковых мероприятий проведено не было, хотя пострадавший был повторно консультирован врачом-реаниматологом, который порекомендовал продолжить диагностическое обследование. Смерть пострадавшего наступила спустя 18 часов с момента поступления в стационар от сочетанной травмы, осложнившейся травматическим шоком и кровопотерей. Судебно-медицинский диагноз: сочетанная травма тела. ЗЧМТ, кровоизлияние мягких тканей головы (лобных и теменных областей) линейный перелом лобной кости слева с переходом на клиновидную кость; ограниченно-диффузное САК выпуклых поверхностей затылочных долей и правой теменной доли. Закрытая травма туловища: кровоподтеки и ссадины боковых поверхностей туловища, переходящие на наружные поверхности ягодиц, верхние трети бедер, в поясничную область; кровоизлияния мягких тканей; отслойка мягких тканей поясничной области (масса свертков 90г, жидкость крови 50 мл), отслойка мягких тканей соответственно кровоподтеку правой боковой поверхности туловища (масса свертков 75), оскольчатые переломы остистых отростков 3 и 2 поясничные позвонков, кровоизлияние под оболочки спинного мозга на уровне 3 шейного 2 грудного позвонка, кровоизлияние под пристеночную плевру справа между лопаточной и окологрудинной линиями, отрывные оскольчатые переломы 1-5 правых поперечных отростков поясничных позвонков; перелом без смещения верхней ветви правой лобковой кости, перелом со смещением ветви правой седалищной кости, перелом с незначительным смещением 2 крестцового позвонка, кровоизлияние в печеночно-желудочную, печеночно-дуоденальную связки, в венечную связки правой доли печени и забрюшинную жировую клетчатку, десерозированный участок сигмовидной кишки, кровоизлияние в жировой клетчатки ворот селезенки. Множественные ссадины и кровоподтеки правой нижней конечности: открытый многооскольчатый перелом диафиза нижней трети правой большеберцовой и малоберцовой костей,

ушибленная рана задней поверхности нижней трети правой голени с отслойкой мягких тканей; закрытый оскольчатый перелом головки правой малоберцовой кости, закрытый перелом правой наружной лодыжки, гемартроз правого голеностопного сустава, кровоизлияния мягких тканей. Множественные ссадины левой нижней конечности; обширные кровоизлияния мягких тканей. Осложнения: травматический шок, коагулопатия, малокровие внутренних органов, правосторонний гидроторакс, гидроперитонеум, анасарка, выраженные отек легких. Отек головного мозга. Кровоизлияние под эпикард, слизистую лоханок. жидкая кровь в аорте, свертки крови в полостях сердца.

Таким образом, данный клинический пример отражает упущения в оказании экстренной медицинской помощи на уровне приемного отделения стационара: длительное пребывание пострадавшего в условиях приемного отделения (более 2 часов), нарушение принципа выдвижения диагностических служб к больному, что привело к неблагоприятному исходу.

Тактика лечения на этапе приемного отделения включает принятые в клинике протоколы лечения пациентов с повреждениями ОДА на основе «Московских городских стандартов оказания стационарной помощи больным». Она базируется на оценке характера перелома врачом-травматологом с применением наиболее оптимального способа его лечения, включая оперативные и консервативные варианты.

Анализ клинического материала показал, что при выявлении перелома без смещения костных отломков применялась иммобилизация в подкладочной гипсовой лонгете, затем выдавалась справка об обращении с указанием рекомендаций. У 70% пострадавших с переломами в области дистального отдела голени, переломах пяточной кости, а также лучевой кости в типичном месте применение бесподкладочных гипсовых лонгет приводило к развитию тяжелых трофических нарушений (формированию эпидермальных пузырей, некрозу кожи и подлежащих тканей). Так, у 17 из 20 пациентов (85%), переведенных в клинику из других лечебных учреждений с «бесподкладочной» гипсовой иммобилизацией, отмечались симптомы сдавления гипсовой лонгетой мягких тканей с формированием тяжелых нарушений трофики конечностей.

Клинический пример № 4

Пациент С., 36 лет. Травма в результате падения с высоты 2-го этажа. Диагноз: закрытый перелом обеих пяточных костей со значительным смещением отломков. Лечение данного вида перелома пяточных костей на современном этапе развития травматологии – оперативное. Пациент был доставлен из другого региона с гипсовой фиксацией на конечностях в виде бесподкладочных гипсовых лонгет. При поступлении отмечен выраженный отек мягких тканей тыльной поверхности обеих стоп. После снятия лонгеты были выявлены обширные фликтены пяточной области, стоп (рисунки 19, 20). Данное обстоятельство определило удлинение срока выполнения остеосинтеза более чем на 14 суток, увеличив сроки госпитализации пациента более чем в 2 раза.

Рисунок 19. Внешний вид конечностей пострадавшего С. после снятия лонгет

Рисунок 20. Внешний вид участков сдавления гипсовой лонгетой с формированием эпидермальных пузырей у пострадавшего С., 36 лет

Наличие перелома со смещением костных отломков определено четким алгоритмом действий врача и состоит из следующей последовательности выполнения медицинских манипуляций: инфильтрационной анестезии места перелома;

закрытой ручной репозиции и фиксации отломков в гипсовой подваченной лонгете, при неудачной репозиции или наличии грубого смещения отломков – госпитализации в профильное (травматологическое) отделение с решением вопроса о тактике дальнейшего лечения.

При оскольчатых переломах пяточной кости, переломовывихах в голеностопном суставе гипсовая иммобилизация исключается, проводится укладка конечности на чулочном вытяжении на шине Беллера или скелетное вытяжение по Каплану (при переломовывихах в голеностопном суставе), что позволяет избежать формирования трофических нарушений и способствует спадению отека. В течение нескольких лет применялся алгоритм лечения пациентов с переломами пяточной кости, разработанный Коробушкиным Г.В. При предполагаемом оперативном лечении вообще не проводилась иммобилизация, а обеспечивалось возвышенное положение конечности на шине Беллера со строгим постельным режимом до выполнения остеосинтеза [206].

Перечень повреждений ОДА, требующих экстренного оперативного лечения включал: перелом локтевого отростка со смещением, поперечный перелом надколенника со смещением, свежий (менее 5 суток) разрыв ахиллова сухожилия, свежий (менее 5 суток) разрыв собственной связи надколенника, свежий отрыв четырехглавой мышцы от надколенника, открытые переломы любой локализации, переломо-вывих в суставе Лисфранка, переломы в области дистального метаэпифиза костей предплечья, не устраняющиеся при ручной репозиции. Согласно результатам исследования по экстренным показаниям прооперировано 23 пострадавших (15,3% от общего числа госпитализированных в стационар) из 41 нуждающегося в проведении экстренного оперативного лечения (таблица 7).

Перечень повреждений ОДА, требующих срочного оперативного лечения (72 часа с момента травмы): диафизарные переломы бедра, голени, плечевой кости, ключицы, костей предплечья. Оперативное лечение 80% пациентов не было выполнено. Отказ от проведения экстренных и срочных оперативных вмешательств был обусловлен объективными и субъективными факторами.

Таблица 7

Перечень экстренных оперативных вмешательств с учетом времени предоперационной подготовки и выполнения вмешательства

№	Наименование вида экстренного оперативного вмешательства	Количество пострадавших	Среднее время, затраченное на предоперационное обследование	Среднее время, затраченное на операцию (учитывая время работы анестезиолога)
1	Остеосинтез локтевого отростка по Веберу	6	3 часа	1,5 часа
2	Остеосинтез надколенника по Веберу	8	4 часа	2 часа
3	Шов Ахиллова сухожилия	5	2 часа	1 час
4	Наложение АНФ на нижнюю конечность	11	более 3 часов	1 час
5	Наложение аппарат АНФ на верхнюю конечность	3	более 3 часов	1 час
6	Наложение АНФ на таз	4	более 2 часов	1 час
7	ПХО ран (простых)	17	менее 30 мин	до 1 часа
7	ПХО ран (сложных)	5	более 1 часа	более 1 часа
8	Восстановление РАКС коленного сустава	4	более 3 часов	более 2 часов
9	Погружной остеосинтез при переломах костей голени	3	более 4 часов	2 часа
10	Погружной остеосинтез при переломе бедренной кости	7	более 5 часов	3 часа
11	Погружной остеосинтез при переломах плечевой кости	2	более 3 часов	2 часа
12	Остеосинтез ключицы	5	2 часа	2 часа
13	Остеосинтез костей предплечья	2	2 часа	более 4 часов

Объективные факторы:

- наличие тяжелой соматической патологии, что требовало более длительной предоперационной подготовки. Данный аспект касается пациентов пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости;
- выраженное алкогольное опьянение и неадекватный психический статус пациент исключали возможность получения согласия для проведения остеосинтеза;

- одновременное поступление более тяжелых пациентов, которым требовалось выполнение экстренных оперативных вмешательств.

Субъективные:

- отсутствие необходимого фиксатора для выполнения операции;
- отсутствие квалификации у дежурных травматологов, не владеющих предполагаемым методом остеосинтеза;
- отказ пациента от выполнения операции по «срочным показаниям».

Основные манипуляции, проведенные врачами-травматологами по экстренным показаниям: дренирование плевральных полостей; наложение скелетного вытяжения; ПХО ран различной сложности; репозиция отломков.

Таблица 8

Манипуляции, проводимые по экстренным показаниям, с учетом времени их выполнения и числа врачей-травматологов на осуществление одной манипуляции

Наименование манипуляции	Количество манипуляций	Время, затраченное на выполнение одной манипуляции	Количество врачей для выполнения одной манипуляции
дренирования плевральной полости	8	30 мин	1 врач
наложение скелетного вытяжения	17	30 мин	1 врач
ПХО ран различной сложности	22	от 30 мин до 3 часов	1–2 врача
репозиции отломков с наложением гипсовых лонгет	83	от 30 мин до 50 мин	1–3 врача

Предоперационный перечень исследований для проведения экстренного оперативного вмешательства у пострадавших с повреждением ОДА включал: клинический анализ крови, определение уровня глюкозы крови, взятие крови на группу крови и резус фактор, ЭКГ, рентгенографию органов грудной клетки, консультацию терапевта, консультацию анестезиолога по *cito*.

Перечень подписей, которые берутся с пострадавшего в приемном отделении стационара:

1) подпись об отказе сдать материальные ценности или за их сдачу;

2) подпись на обработку персональных данных;

3) согласие на выполнение рентгенологического обследования;

4) согласие на выполнение манипуляций (включая анестезию места перелома и наложение гипсовой иммобилизации);

5) информированное добровольное согласие или отказ на проведение операции;

6) подписи в «Алкогольном акте» о согласии или отказе о взятии крови на алкоголь, согласие или отказ с фактом опьянения (отменен в 2015 г.).

Данный перечень является необходимым, однако такое количество документов, которое необходимо подписать пострадавшему, особенно с шокогенной травмой, является непродуманно громоздким.

Результаты анализа свидетельствуют, что наиболее часто допускались случаи ошибочной диагностики травм ОДА в возрастных группах от 61 до 70 лет – 22,2%, от 71–80 – 16,9%, от 41–50 – 15,9%, от 51–60 – 12,5%.

Ретроспективный анализ медицинской документации показал, что ошибочная диагностика травм ОДА была в 29 случаях (8,5%): у пострадавших, госпитализированных в стационар в 20 случаях (11,2%), отпущенных на амбулаторное лечение в 9 случаях (5,5%). В 27 случаях (7,9%) диагноз о наличие костных повреждений носил декларированный характер без приведения клинической симптоматики.

Причинами ошибочной диагностики стали: недостаточно собранный анамнез – 11 случаев; неполное обследование пострадавшего – 15 случаев; отказ пациента от предложенных инструментально-диагностических исследований – 3 случая.

Обобщение данных об основных причинах диагностических ошибок у больных с травмами ОДА на этапе приемного отделения больницы показало, что

ошибочная диагностика была допущена по объективным причинам в 5 случаях (17,2%).

Объективные причины: тяжелое состояние пациента, наличие травматического шока, алкогольное опьянение или психический статус пострадавшего, что значительно затрудняет диагностический поиск.

Клинический пример №5

Пациент В., 53 года, обстоятельства травмы неизвестны, найден на улице. У пациента следы травмы на голове в виде параорбитальных гематом. При поступлении предъявлял жалобы лишь на головную боль, головокружение. В ходе анализа медицинской документации обращает на себя внимание, что запись травматолога приемного отделения носит формализованный характер (нет указаний на наличие телесных повреждений, функций суставов). У пациента на серии КТ головного мозга выявлен ушиб головного мозга легкой степени, субарахноидальное кровоизлияние. Пострадавший был госпитализирован в отделение нейрохирургии, где лечащий врач –нейрохирург обратил внимание на наличие выраженного отека кисти и нижней трети предплечья справа. На выполненных рентгенограммах выявлены переломы Роланда и лучевой кости в типичном месте, что потребовало выполнения оперативного лечения, которое проводилось с большими техническими трудностями, связанными с репозицией отломков, так как срок ее выполнения после травмы составил более 10 дней.

Субъективные причины ошибочной диагностики в остальных 24 случаях (82,8%) были обусловлены недостаточным клиническим обследованием, небрежным сбором анамнеза, неполной характеристикой жалоб, недостаточным объемом клинико-инструментальным исследованием.

Клинический пример № 6

Пациентка М., 84 лет, обстоятельства травмы: упала навзничь на улице. При поступлении предъявляла жалобы на тянущие боли в правой нижней конечности и в правом тазобедренном суставе. Выполнены рентгенограммы правого тазобедренного сустава, на которых костно-травматической патологии не выявлено. Осмотр травматолога в приемном отделении носил формализованный характер, из других специалистов – осмотрена терапевтом. С диагнозом «ушиб правого тазобедренного сустава» была госпитализирована в травматологическое отделение. В последующем у пострадавшей от-

мечена задержка мочеиспускания, усиление болей с иррадиацией в поясничную область. На 5 сутки с момента госпитализации выполнена КТ поясничного отдела позвоночника, где выявлен взрывной перелом тела 3 поясничного позвонка.

Процент установленного диагноза только после дополнительных методов исследования ввиду низкого качества выполняемых рентгенограмм равен 11. Наибольшую часть «пропущенных» на этапе приемного отделения составили внутрисуставные переломы в области локтевого сустава, голеностопного сустава, костей стопы, пяточной кости – 7 случаев (24,1%).

Клинический пример № 7

Пациент, 32 года, обратился в приемное отделения с жалобами на боли в области голеностопного сустава. Со слов пострадавшего травму получил на улице, подвернул ногу (пациент скрыл от врача реальный механизм травма – падение с высоты около 2-х метров на рабочем месте). Осмотр травматолога носил формальный характер, руководствуясь сообщением пациента о механизме травмы, пострадавший был направлен на рентгенологическое обследование. Ему выполнены рентгенограммы голеностопного сустава в 2-х проекциях, на которых врач-рентгенолог костно-травматических изменений не зафиксировал, пострадавший отпущен на амбулаторное лечение со справкой об обращении. Однако у пациента в последующем выявлен оскольчатый перелом пяточной кости со смещением отломков, что потребовало длительного срока лечения. На выполненных рентгенограммах голеностопного сустава в боковой проекции пяточная кость не попала в поле снимка, ввиду чего повреждение было пропущено. Однако, если врач бы травматолог осмотрел потерпевшего, то возможно по характеру отека и локализации болевого синдрома можно было предположить у него перелом пяточной кости.

Расхождения в описании рентгенограмм врачами: рентгенологом и травматологом были выявлены в 23 случаях (14,1%), при этом отсутствовали сведения о проведении дополнительных уточняющих методах диагностики (КТ, МРТ).

В ходе анализа ведения травматологом приемного отделения медицинской документации выявлены следующие упущения:

- в 117 случаях (37,3%) – отсутствие в описании характера телесных повреждений, что не позволило выставить правильный диагноз;

- в 43 случаях (13,7%) – дефекты в описании характера ран;
- в 23-х случаях (7,3%) – отсутствовали сведения о наличие соматической патологии у лиц пожилого и старческого возраста;
- в 11 случаях (3,5%) – отсутствие подписей пациентов в информационном листе согласия на проведение медицинских манипуляций;
- 43 случая (13,7%) – недостаточно обоснованные назначения рентгенографии органов грудной клетки и таза;
- 12 случаев (3,8%) – отсутствие назначения АС, ПСС при наличии ран.

Обоснованность госпитализации является основным показателем качества работы врачей-травматологов приемного отделения. Так из 150 пострадавших, госпитализированных в травматологические отделения стационара, распределение было следующим: у 130 (86,6%) пострадавших выявлена травма, требующая госпитализации и лечения в профильном отделении; 20 (13,3%) пострадавших с травмами ОДА могли получать помощь в амбулаторных условиях. Их госпитализация была обусловлена в 2 (1,3%) случаях выраженным алкогольным опьянением, что не позволило пострадавшему самостоятельно покинуть территорию приемного отделения; 5 (3,3%) пострадавших старческого возраста с переломами шейки плечевой кости (по настоянию пациента); 3 (2,0%) пострадавших с ушибами различной локализации после дорожно-транспортных происшествий; 6 (4,0%) пострадавших с переломами шейки бедренной кости старческого возраста (более 80 лет) в связи с соматической патологией по настоянию сопровождающих родственников; 4 (2,6%) пострадавших с переломами без смещения отломков и травмой связочного аппарата коленного сустава. В 3 случаях при госпитализации в другие (непрофильные) отделения пострадавших с травмами ОДА в МКСБ отсутствовали рекомендации травматолога, что в последующем повлияло на результаты лечения.

Анализ показателей расхождений клинических диагнозов, выставленных врачами приемного отделения и стационара, выявлен в 12 случаях (8%). В основном эти расхождения были обусловлены недостаточно полным сбором анамнеза соматической патологии пациента, расхождением рентгенологических и клиниче-

ских данных, тяжестью состояния пациента, что не позволило объективно выполнить его осмотр.

Таким образом, именно в приемном отделении при оказании экстренной травматологической помощи определялась тактика и объем предполагаемой помощи:

установление характера повреждения;

определение алгоритма обследования;

определение тактики лечения (консервативное, оперативное);

проведением репозиции и фиксации повреждения;

подготовка для проведения экстренного и срочного оперативного вмешательства

перевод на другой этап лечения: амбулаторное долечивание, госпитализацию в специализированное отделение и др.

Ретроспективный анализ медицинской документации показал, что основные ошибки обусловлены следующими факторами:

изъяны в руководстве и организации экстренной травматолого-ортопедической службы;

объективные трудности диагностики некоторых повреждений;

недостаточное материально-техническое и лабораторно-клиническое обеспечение.

Материалы исследования свидетельствуют, что для принятия эффективных решений по управлению качеством лечебно-диагностического процесса на разных этапах его организации, определение процента расхождения между госпитальным и клиническим диагнозами, как общего показателя качества диагностики, представляется недостаточным, необходимо проведение анализа диагностических ошибок по их характеру, что способствует выявлению причин их возникновения.

Проведенный анализ клинического материала показал, что приемное отделение многопрофильного стационара работает в условиях повышенной нагрузки, результатом которой является как наличие значительного количества диагностических и лечебных ошибок, так и выполнение ряда «избыточных» процедур. Про-

веденное научное изыскание позволило выявить ряд существенных особенностей в работе приемного отделения многопрофильного стационара с учетом оказания специализированной помощи пострадавшим с травмами ОДА:

- большая часть пострадавших с травмами ОДА поступает по экстренным показаниям (88,7%); возможен массовый характер поступления пострадавших с травмами ОДА (более 50 ежесуточно);
- распределение потока пострадавших происходит неравномерно по времени суток, по дням недели;
- в связи с наличием пострадавших с сочетанной травмой имеется необходимость выполнения в экстренном порядке дополнительных исследований для верификации диагноза;
- в связи с наличием развития жизнеугрожающих состояний 10,6% пострадавшим с травмами ОДА имеется необходимость выполнения лечебных мероприятий непосредственно при поступлении;
- наличие в потоке значительного количества асоциальных пациентов с травмами ОДА (в состоянии алкогольного опьянения -18,6%, с тяжелой психиатрической патологией - 15,6%), требующих постоянного наблюдения во время проведения диагностических мероприятий и лечения, что создает дополнительную нагрузку на медицинский персонал, приводит к загруженности вспомогательных служб;
- значительный поток больных с сочетанной травмой (23,7%) различной степени тяжести вызывает необходимость привлечения для диагностики и лечения большого числа различных специалистов.

Выявление и четкое выделение вышеуказанных особенностей позволяет объективизировать ряд требований к организации в работе приемного отделения многопрофильного стационара для оказания экстренной специализированной помощи пострадавшим с травмами ОДА:

- возможность работы в состоянии ЧС (при одновременном поступлении более 10 пострадавших с травмами ОДА);

- возможность оказания высококвалифицированной, в том числе высокотехнологичной травматологической помощи;
- необходимость разграничения потоков пациентов в зависимости от лечебно-диагностических алгоритмов и тяжести травматического шока.

Таким образом, в результате исследования выявлены упущения в оказании медицинской помощи пострадавшим с травмами ОДА на уровне приемного отделения многопрофильного стационара мегаполиса связанные с недостаточностью организации его работы на этапе лечебно-диагностического процесса, материально-технического обеспечения.

ГЛАВА 5.

ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРЕ

В настоящее время основными нормативными и учетно-отчетными документами, регламентирующими деятельность травматологического профиля медицинских организаций и их отделений, являются:

- приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 901н «Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия»», в котором приведено рекомендуемое штатное расписание, стандарт оснащения, а также изложены общие принципы организации стационарной и амбулаторно-поликлинической травматолого-ортопедической службы [12];
- методические рекомендации, утвержденные Минздравом РФ от 12.03.1999 г. № 98/62 «Совершенствование амбулаторной травматологической помощи в городах»;
- медицинская карта стационарного больного (МКСБ), форма (003/у) которой была утверждена приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»), хотя этот приказ был признан утратившим силу (приказом Минздрава СССР от 05.10.1988 г.), в 2009 г. в письме Минздравсоцравития РФ №14-6/242888 сообщено, что в связи с отсутствием нового альбома образцов учетных форм, учреждения здравоохранения по рекомендации Минздрава России используют в своей работе бланки, утвержденные приказом № 1030. В приказе Минздрава России от 22.01.2001 № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении» указано, что в МСКБ должны быть отражены все этапы оказания медицинских услуг стационаре [89].

Согласно рекомендуемым приказом Минздрава РФ № 901н штатным нормативам для стационарного отделения травматологии и ортопедии должность

врача-травматолога-ортопеда устанавливается из расчета 1 должность на каждые 17 коек. Для суждения соответствия количества врачебных должностей коечному фонду и ее обороту при учете оперативной активности и качества оказания медицинской помощи проведен анализ работы травматологического отделения на 40 коек.

Материалом для анализа послужили 150 медицинских карт стационарных больных, находившихся на лечении в травматологическом отделении, и годовые отчеты заведующего отделением, содержащие качественные и количественные показатели деятельности стационара за последние 3 года (2012 – 2014 гг.). Результаты анализа показали, что все потерпевшие были госпитализированы с острой травмой ОДА. Распределение пациентов по характеру повреждения ОДА, согласно шифрам лечебных стандартов МКБ-10, представлено в таблице 9.

Анализ материала показал, что фактическое пребывание пациента в отделении по койко-дням и предусмотренное стандартом по некоторым нозологическим формам разнятся. Лечение большей части пострадавших (83,3%) укладывается, в отведенные стандартами сроки. Однако при ряде повреждений (16,7%), шифры по коду МКБ-10 которых следующие: T02.5; S92.00; S53.1; S43.0; S42.8; S32.7, сроки пребывания пациента в стационаре превышали в 2 – 3 раза показатели Московских городских стандартов стационарного лечения, причины которых представлены в таблице 10.

В ходе исследования установлено, что причинами увеличения сроков пребывания пациентов в стационаре являются: упущения в работе амбулаторно-поликлинического звена и организационной работе стационара.

Упущения в работе поликлинического звена были следующими: отсутствие предварительной подготовки пациента к оперативному стационарному лечению при явных показаниях с последнему; наложение бесподкладочных гипсовых лонгет, которые вызвали сдавление мягких тканей; недостаточная разъяснительная работа с пациентом о необходимости стационарной помощи или же наоборот срочное направление в стационар пациентов, оперативное травматолого-ортопедическое лечение которых возможно в плановом порядке.

Таблица 9

Распределение стационарных больных по нозологиям, срокам пребывания в стационаре и тактике лечения

Шифр по МКБ	Расшифровка диагноза	Количество	Средний койко-день фактический/по стандарту	Тактика лечения (абс. цифры, %)	
				консервативное	оперативное
S22.40	множественные переломы ребер закрытые	3	6/12	3 (100%)	0
S82.70	множественные переломы голени закрытые	27	10/23	13 (48%)	14 (52%)
S82.5	перелом медиальной лодыжки закрытый	2	9/23	1 (50%)	1 (50%)
S82.6	перелом наружной лодыжки закрытый	2	15/23	2 (100%)	0
S82.10	перелом проксимального отдела большеберцовой кости закрытый	6	16/23	2 (33%)	4 (67%)
S82.2	перелом диафиза большеберцовой кости закрытый	2	15/23	0	2 (100%)
T02.8	другие сочетания переломов, захватывающих несколько областей тела	15	25/28	1 (7%)	14 (93%)
S52.0	перелом верхнего конца локтевой кости закрытый	3	12/14	0	3 (100%)
S52.10	перелом верхнего конца лучевой кости закрытый	3	12/14	0	3 (100%)
S72.00	перелом шейки бедра закрытый	9	12/23	4 (44%)	5 (56%)
S80.0	ушиб коленного сустава	2	7/23	2 (100%)	0
S82.00	перелом надколенника закрытый	7	14/23	0	7 (100%)
S82.01	перелом надколенника открытый	2	6/23	0	2 (100%)
S72.10	чрезвертельный перелом закрытый	18	19/23	5 (28%)	13(72%)
S72.20	подвертельный перелом закрытый	5	20/23	2 (40%)	3 (60%)
S72.30	перелом диафиза бедренной кости закрытый	3	20/23	2 (67%)	1 (33%)
S72.40	перелом нижнего конца бедреной кости закрытый	2	17/23	0	2 (100%)
S42.00	перелом ключицы закрытый	2	12/12	0	2 (100%)
S53.1	вывих в локтевом суставе неуточненный	2	15/9	0	2 (100%)
S42.2	перелом верхнего конца плечевой кости закрытый	11	9/14	8 (73%)	3 (27%)
S43.0	вывих плечевого сустава	2	17/9	1 (50%)	1 (50%)
T02.4	переломы, захватывающие несколько областей обеих верхних конечностей	2	21/28	0	2 (100%)
T02.6	переломы, захватывающие несколько областей верхней(их) и нижней(их) конечностей	3	17/28	0	3 (100%)
S91.3	открытая рана других частей стопы	2	22/11	0	2(100%)
S42.3	перелом тела [диафиза] плечевой кости закрытый	5	12/14	1 (20%)	4 (80%)
S42.8	перелом других частей плечевого пояса и плеча закрытый	2	19/14	0	2 (100%)

Продолжение таблицы 9 на стр. 112

Окончание таблицы 9

Шифр по МКБ	Расшифровка диагноза	Количество	Средний койко-день фактический/по стандарту	Тактика лечения (абс. цифры, %)	
				консервативное	оперативное
S32.7	множественные переломы пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза	2	27/19	0	2 (100%)
S32.5	перелом лобковой кости	1	17/27	0	1 (100%)
T02.5	переломы, захватывающие несколько областей обеих нижних конечностей	1	23/28	0	1 (100%)
S92.00	перелом пяточной кости закрытый	4	14/13	1 (25%)	3 (75%)
	ИТОГО:	150		48 (32%)	102 (68%)

Таблица 10

Причины увеличения сроков госпитализации пациентов

Шифр по МКБ-10	Клинический диагноз	Количество	Причины превышения сроков госпитализации	Выявленные упущения превышения сроков госпитализации по МКБ -10
T02.5	перелом обеих пяточных костей со смещением отломков	1	Развитие обширных фликтен, ввиду наложения бесподкладочной гипсовой лонгеты, что не позволило выполнить остеосинтез в ранние сроки	Упущения лечения на этапе амбулаторно-поликлинической помощи
S92.00	перелом пяточной кости закрытый	3	Та же	Та же
S53.1	многооскольчатый перелом мыщелков плечевой кости со значительным смещением	2	запоздалое выполнение остеосинтеза (на 7 сутки) после получения травма	Упущения организации работы
S43.0	переломо-вывих головки и шейки плечевой кости	2	запоздалое выполнение остеосинтеза (на 8 сутки) после получения травма	Упущения организации работы
S42.8	чрезнадмыщелковый перелом плечевой кости со смещением	2	запоздалое выполнение остеосинтеза (на 8 сутки) после получения травма	Упущения организации работы
S32.7	перелом таза (вертлужной впадины, лонной и седалищной костей)	2	выполнение остеосинтеза костей таза на 6 сутки	причины объективные – проведение предоперационной подготовки и проведение противошоковых мероприятий

Как следует из таблицы №9 у 68% (102 пациента) пострадавших использовались оперативные методы, в то время как в выполнении первичного остеосинтеза нуждалось 93,3% пострадавших (140 пациента), т.е. 38 пострадавшим (25,3% от

общего числа) оперативная тактика лечения была заменена на консервативную. Причины отказа от оперативного лечения по нозологиям представлены в таблице 11.

Таблица 11

Причины отказа от хирургического лечения

Причины отказа от оперативного лечения по записям в истории болезни	Шифр по МКБ 10	Количество больных		Характер причины	
		по шифру	всего	Объективн.	Субъективн.
Отказались по личным причинам, под расписку с предупреждением о последствиях	S82.70	2	5	да	
	S42.3	1		да	
	S72.10	1		–	да
	S42.2	1		–	да
В ходе лечения при окончательной репозиции удалось устранить смещение перелома	S82.70	10	11	да	–
	S82.6	1		да	–
Исход оперативного и консервативного лечения одинаковый	S82.5	1	7	да	–
	S42.2	6		да	–
Наличие тяжелой соматической патологии	S72.00	1	5	–	да
	S72.10	2		–	да
	S72.20	1		–	да
	S42.2	1		да	–
Развитие тяжелых гипостатических осложнений в виде пневмонии, пролежней	T02.8	2	7	да	–
	S72.30	2		–	да
	S72.10	2		–	да
	S72.20	1		–	да
Развитие тяжелого тромбоза глубоких вен нижних конечностей	S82.10	2	2	–	да
Развитие длительно незаживающих фликтен мягких тканей в области оперативного лечения	S92.00	1	1	–	да
Всего (% от общего числа больных)	–	38 (25,3%)		22 (14,6%)	14 (9,3%)

Таким образом, объективными причинами отказа от оперативного лечения были: отсутствие показаний после успешной повторной попытки репозиции костных отломков; развитие тяжелых гипостатических осложнений, выявленных в ранние сроки после госпитализации пациента в стационар; высокий риск оперативного вмешательства, когда лечение предполагало неблагоприятный исход; отказ потерпевшего от операции по личным мотивам, отсутствие финансовых возможностей у больного (жи-

тель другого государства, отсутствие страхового полиса). Объективные причины отказа в проведении остеосинтеза выявлены в 14,6% случаев.

К недостаткам организационного характера в деятельности стационара, приводящим к отказу от проведения операции, отнесены: неадекватная предоперационная подготовка по профилактике гипостатических осложнений у пациентов старческого возраста, ненадлежащий контроль медицинского персонала за состоянием кожных покровов (например, при сдавливании гипсовой повязкой области перелома, недостаточной антикоагулянтной терапии). От общего количества наблюдений причины отказа от оперативного лечения, связанные с упущения в организации работы стационарной помощи, выявлены у 9,3% пролеченных пациентов.

Статистика свидетельствует, что в стационаре операции пострадавшим с момента травмы выполнялись в экстренном (в первые 24 часа с момента поступления пострадавшего в стационар), срочном (в первые 2 суток), отсроченным (спустя 2 суток) и плановом порядках (через 10 суток с момента поступления) (рисунок 21).

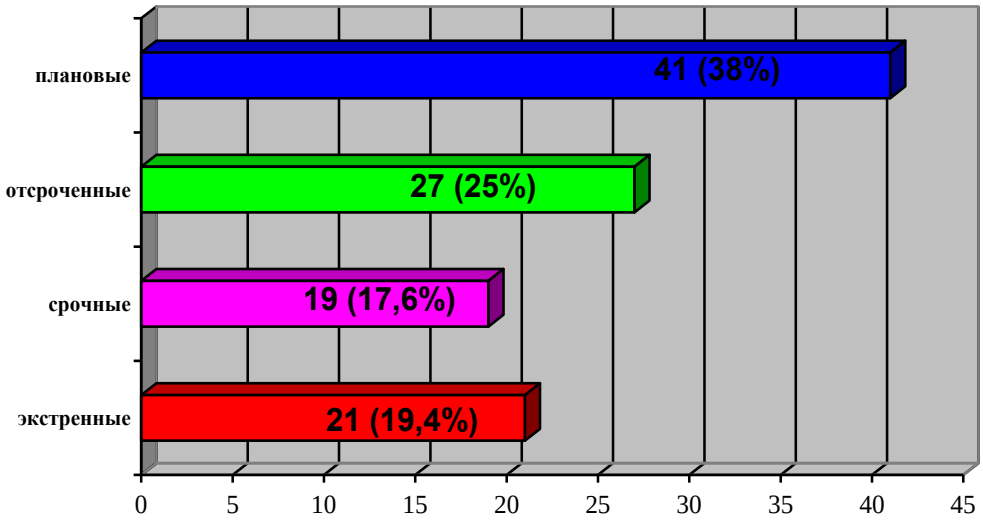


Рисунок 21. Сведения о выполненных операциях по срочности

Как видно из диаграммы (см. рис. 21) каждому пятому пострадавшему (21 человек, 20,5%) по экстренным показаниям был выполнен остеосинтез. Так называемый первичный остеосинтез выполнен в 17 случаях, а 4 – сделана временная фиксация перелома в виде наложения АНФ в связи с открытым его характером. Были применены следующие виды первичного остеосинтеза: интрамедул-

лярный – 7 и накостный – 4 пациентам, а 6 пострадавшим – стягивающей проволочной петлей и спицами по Веберу.

В срочном порядке 19 (18,6%) пациентам была проведена операция, где выполнен первичный остеосинтез: накостный 8 и интрамедуллярный – 11 пациентам.

Отсроченное оперативное лечение выполнено 27 пострадавшим (26,6%) с применением накостного остеосинтеза – 17 и интрамедуллярного – 10 больным.

В плановом порядке был прооперирован 41 пациент, что составило наибольший процент от всех оперированных больных (40,2%), из них 4 пациентам было выполнено повторное оперативное вмешательство (в связи с заживлением ран при открытых переломах различной локализации).

Как показывает отечественный и зарубежный опыт лечения пострадавших с изолированными травмами ОДА наличие показаний к проведению остеосинтеза подразумевает его выполнение в экстренном или срочном порядке, что, безусловно, является положительным фактором для пострадавшего, значительно сокращает сроки его пребывания в стационаре и несомненно выгодно для ЛПУ с экономической точки зрения [75, 95, 170, 289, 296, 307, 308, 323, 336, 337, 355]. Таким образом, по срочным и экстренным показаниям из 102 оперированных пациентов остеосинтез выполнен в 34 случаях (22,3% от общего числа пострадавших).

Основными причинами несвоевременного выполнения первичного остеосинтеза, судя по результатам исследования документации, являются:

1. Отсутствие (или недостаточное количество) металлофиксаторов в 28 случаях (27,5%), что связано с недостатками финансирования ЛПУ, несовершенством в организации помощи пострадавших с травмами ОДА по системе ОМС. Хотя общее среднегодовое количество необходимых фиксаторов для оказания экстренной травматологической помощи посчитать не так сложно. Исходя из данных анализа годовых отчетов заведующих травматологическими отделениями за последние 3 года наблюдается процентное увеличение в среднем на 25,3±0,07% среднегодового поступления пациентов с различными видами повреждений ОДА, которым требуется выполнение оперативной стабилизации переломов. С учетом этих показателей была рассчитана среднегодовая потребность в металлофиксаторах (таблица 12).

Таблица 12

Среднегодовая потребность в металлофиксаторах

на 100 травматологических коек

Наименование патологии	Среднее количество пострадавших в год	Наименование необходимого фиксатора
вывих акромиального конца ключицы	26±3	крючковидная пластина
переломы ключицы	24±5	пластина малая
переломы хирургической шейки плеча	30±4	пластины с угловой стабильностью, штифты с усиленным проксимальным блокированием
переломы диафиза плеча	38±2	интрамедуллярные штифты для плечевой кости
переломы мыщелков плеча	16±3	реконструктивные пластины
переломы локтевой кости	10±6	прямые пластины
переломы локтевого отростка	19±1	спицы и проволока
переломы обеих костей предплечья	14±3	прямая пластина
переломы лучевой кости в типичном месте	10±3	пластина для остеосинтеза дистального метаэпифиза лучевой кости
переломы таза	22±8	реконструктивные пластины, коннюлированные винты
переломы шейки бедра	84±5	коннюлированные винты, эндопротезы
чрезвертельные переломы бедра	112±4	проксимальный бедренный гвоздь с дистальным и проксимальным блокированием (включая удлиненную версию, для подвертельных переломов 30%)
переломы диафиза бедра	33±2	интрамедуллярный штифт с блокированием для бедренной кости
переломы мыщелков бедра	12±6	пластины для дистального отдела бедренной кости (типа LISS)
переломы надколенника	28±3	спицы и проволока
переломы мыщелков большеберцовой кости	41±4	накостные пластины для мыщелков голени
переломы диафиза голени	67±5	пластины, интрамедуллярные штифты с блокированием
переломы лодыжек	83±2	1/3 трубчатые пластины
переломы дистального метафиза костей голени	16±3	премоделированные пластины для дистального отдела большеберцовой кости
переломы пяточных костей	23±1	пластины для пяточной кости, коннюлированные винты
переломы других костей стопы	18±1	пластины для костей плюсны
открытые повреждения различной локализации	108±10	аппараты наружной фиксации стержневые
Всего:	782±4	

2. Тяжесть перелома. Ввиду того, что время операции занимает более 3 ч, выполнить оперативное лечения в экстренном порядке силами бригады травматологов по оказанию круглосуточной помощи технически трудно. Это относится к повреждениям в области мыщелков плечевой кости, голени – 9 случаев (8,8%).

3. Наличие соматической патологии у пациента, требующей дополнительных методов исследования, выполнение некоторых из них в экстренном порядке технически затруднено. Например, эхокардиография сердца при выявлении сердечной недостаточности. При этом необходимо отметить, что большая часть этих пациентов лица пожилого и старческого возраста госпитализированные в 96,6% с переломами в области проксимального отдела бедренной кости, длительная подготовка которых к оперативному лечению заведомо усугубляет обострение многих хронических заболеваний – 18 случаев (17,6%) (см. раздел 5.3).

При этом такая задержка в проведении первичного остеосинтеза привела в 5 случаях к нарастающему отеку конечности с развитием трофических нарушений в виде эпидермальных пузырей (фликтен); развитию тромбоза глубоких вен нижних конечностей, который был диагностирован у 19 пострадавших (12,6%), что потребовало коррекции лечения и отсрочки в выполнении операции, причем флотирующий характер тромбоза выявлен у 5 из них. Таким образом, в 16% от общего числа (n = 150) рассматриваемых случаев несвоевременное выполнение остеосинтеза привело к развитию тяжелых осложнений.

Отечественные и зарубежные исследования показали, что тромбоз глубоких вен нижних конечностей развивается у пациентов травматологического профиля в 24% случаев всех видов травм нижних конечностей [117, 250, 287]. По данным годовых отчетов заведующих травматологическими отделениями, частота летальности от тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) составила 0,6%, что в значительной мере удалось достичь с помощью следующих лечебно-диагностических мероприятий:

выполнение всем пациентам УЗАС, как до выполнения операции остеосинтеза на поврежденных нижних конечностях, так и перед выпиской. Использование данного вида исследования в клинике является обязательным элементом алгоритма лечения пациентов с травмами нижних конечностей [162]. Практический опыт свидетельствует, что служба УЗИ зачастую не справляется со значительным потоком пациентов, что приводит к формированию очередности и, как следствие,

к задержке в выполнении оперативного пособия. Своевременность выполнения УЗАС, в связи с включением данного метода исследования в обязательный стандарт оказания МП пострадавшим с травмами ОДА, составила 88,7%, своевременная консультация хирурга (в первые сутки) выполнена у 28% пациентов с клиникой тромбозов. Причем, меры по профилактике тромбозов были осуществлены в достаточно полном объеме:

эластичная компрессия конечностей в раннем послеоперационном периоде в 100% случаях;

ранняя профилактика тромбозов у пациентов с травмами нижних конечностей путем ведения им под кожу живота гепарина в профилактических дозах 5000 ЕД 3 раза в день в 100%;

при выписке из стационара давались рекомендации по поводу обязательной профилактики тромбоэмболических осложнений в 100%.

У 7,8% пострадавших с травмами ОДА ранними осложнениями явились: гипостатические, в виде пролежней и пневмоний у лиц пожилого возраста; нагноение послеоперационной раны. Снизить данный показатель могла бы своевременная диагностика застойных явлений: оценка жалоб пациента, проведение рентгенографии, МСКТ грудной клетки, своевременная консультация терапевта. Однако результаты наших исследований показали, что своевременная консультация терапевта выполнена лишь у 73,8% нуждавшихся в ней пациентов, задержка в выполнении рентгенографии грудной клетки выявлена в 7 случаях (4,6%), в 4 МСКБ (2,6%) при имеющейся клинической картине пневмонии в дневниковых записях не были отражены жалобы пострадавшего.

В качестве маркеров унифицированного подхода к анализу качества госпитальной помощи интерес представляют три контингента пациентов: с сочетанной и множественной травмами; переломами проксимального отдела бедренной кости; переломами в области локтевого сустава; пациенты с травмами ОДА, отягощенные психиатрической патологией. Данные выбранные контингенты не случайны, т.к. в каждой группе имеется ряд проблем с точки зрения медико-экспертной оценки качества, что представлено в таблице 13.

Таблица 13

Контингенты пострадавших с травмами ОДА с характеристикой проблематики медико-экспертной оценки качества оказания экстренной медицинской помощи

Контингент	Проблема медико-экспертной оценки	Кол-во больных	Использованная медицинская документация
пострадавшие с сочетанной и множественной травмами	отсутствие стандартизации в выполнении, методов оперативного лечения последовательности выполнения экстренных мероприятий	70	МКСБ пациентов с тяжелой сочетанной травмой, проходивших лечение в профильном травматологическом отделении; МКСБ на умерших пациентов причиной смерти которых была тяжелая сочетанная травма, травматический шок, кровопотеря.
пострадавшие с переломами проксимального отдела бедренной кости	медико-правовое обоснование тактики экстренного и срочного оперативного лечения	30	МКСБ больных, проходивших лечение в профильном травматологическом отделении, медкарты на умерших пациентов причиной смерти которых были осложнения в результате перелома проксимального отдела бедренной кости
пострадавшие с травмами в области локтевого сустава	проблемы медико-экспертной оценки исходов лечения в зависимости от тяжести и характера травматического повреждения	30	МКСБ стационарных больных, заключений экспертиз
пациенты с травмами ОДА, отягощенные психиатрической патологией	медико-правовое обоснование тактики экстренного и срочного оперативного лечения	20	МКСБ психосоматического отделения, комиссионные экспертизы

5.1. Анализ качества оказания травматологической помощи пациентам с тяжелой сочетанной травмой (СТ)

Основным нормативным документом, касающимся лечения данной категории пострадавших, является приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 927н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолиро-

ванными травмами, сопровождающимися шоком» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 21 января 2013 г., регистрационный № 26634) [13]. В данном приказе имеется 6 приложений, в которых определен стандарт оснащения операционного отделения для противошоковых мероприятий, штатное расписание и оснащении 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 доставляются 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 на 60 коек имеются лишь в НИИ им. Н.В. Склифосовского и в ГКБ № 68 (всего 120 коек), 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, включая ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, где отделение сочетанной травмы было расформировано еще в 2008 г., в связи с открытием отделения нейрохирургии.

Таким образом, анализ нормативной базы по вопросу оказания помощи пострадавшим с множественной и сочетанной травмой показал, что она требует доработки.

Медико-экспертный анализ качества лечения пострадавших с тяжелой сочетанной травмой и политравмой с оценкой состояния проблемы в лечении этой категории больных по системе ОМС был проведен на основе Международной клас-

сификации болезней, по Московским городским стандартам оказания стационарной помощи для взрослого населения и шифрам МКБ-10 при множественной и сочетанной травмах и представлен в таблице 14.

Таблица 14

Характер анализируемых показателей медицинского стандарта по сочетанной травме (СТ) и политравме

Код МЭС 79.330 сочетанная травма (СТ)		Код МЭС 79.320 множественные переломы (политравма)	
Шифр МКБ-10	Наименование медицинского стандарта и заболеваний	Шифр МКБ-10	Наименование медицинского стандарта и заболеваний
T02.8	другие сочетания переломов, захватывающих несколько областей тела	T02.2	переломы, захватывающие несколько областей одной верхней конечности
T04.2	размозжение грудной клетки, области живота, нижней части спины и таза	T02.8	другие сочетания переломов, захватывающих несколько областей тела
T04.2	размозжение нескольких областей верхней(их) конечности(ей)	T02.4	переломы, захватывающие несколько областей обеих верхних конечностей
T04.3	размозжение нескольких областей нижней(их) конечности(ей)	T02.6	переломы, захватывающие несколько областей верхней(их) и нижней(их) конечностей
T05.0	травматическая ампутация обеих кистей	T02.2	переломы, захватывающие несколько областей одной верхней конечности
T05.1	травматическая ампутация кисти одной руки в сочетании с ампутацией другой руки на любом уровне, кроме кисти	T02.7	переломы, захватывающие грудную клетку нижнюю часть спины, таз и конечность(ти) |
T05.2	травматическая ампутация обеих рук на любом уровне	–	–
T05.3	травматическая ампутация обеих стоп	–	–
T05.4	травматическая ампутация одной стопы в сочетании с ампутацией другой ноги на любом уровне, кроме стопы	–	–
T05.6	травматическая ампутация верхней и нижней конечностей, любая комбинация [любых уровней]	–	–
T06.5	травмы органов грудной клетки в сочетании с травмами органов брюшной полости и таза	–	–
Лабораторная диагностика обязательная			
общий анализ крови, общий анализ мочи, группа крови, резус фактор, HBs-антиген, RW, кровь на ВИЧ, глюкоза крови, коагулограмма, белок и его фракции, электролиты		общий анализ крови, общий анализ мочи, группа крови, резус фактор, HBs-антиген, RW, кровь на ВИЧ, глюкоза крови, коагулограмма	
Лабораторная диагностика дополнительная			
Бактериологическое исследование, мочевина, билирубин, миоглобин, креатинин, средние молекулы		белок и его фракции, электролиты	

Окончание таблицы 14 на стр. 112

Продолжение таблицы 14

Код МЭС 79.330 сочетанная травма (СТ)	Код МЭС 79.320 множественные переломы (политравма)
Инструментальная диагностика обязательная	
рентгенография грудной клетки, рентгенография, ЭКГ	рентгенография грудной клетки, рентгенография, ЭКГ
Инструментальная диагностика дополнительная	
УЗИ органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости, цистография, ангиогрфия, доплерография	компьютерная томография
Консультации специалистов обязательные	
реаниматолог, терапевт, хирург, уролог, гинеколог, психотерапевт, медицинский психолог	терапевт
Консультации специалистов дополнительные	
уролог, ангиохирург, невролог, транфузиолог, иммунолог	невролог
Оперативное и медикаментозное лечение обязательное	
вакцинация, анальгезирующие средства, гемостатическая терапия, антибактериальная терапия, антибиотикотерапия, трансфузионная терапия, диуретики, десенсобилизирующие, седативные препараты	обезболивание, анальгезирующие, седативные препараты, антикоагуляционная терапия, витаминотерапия
Оперативное и медикаментозное лечение дополнительное	
иммунотерапия	сердечные препараты, десенсибилизирующие препараты, трансфузионная терапия
Физические и дополнительные методы лечения (обязательные)	
обезболивание, иммобилизация, УФО, лазеротерапия, психотерапия	УФО
Физические и дополнительные методы лечения (дополнительные)	
УЗО ран, гнотобиологическая изоляция, баротерапия, ЛФК, массаж	магнитотерапия, массаж, ЛФК
Требования к результатам лечения	
клиническое улучшение, заживление послеоперационной раны	частичное или полное восстановление функции, уменьшение болевого синдрома, клиническое улучшение

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 [26, 51].

В судебно-медицинской экспертизе СТ трактуется как травма двух и более анатомо-функциональных областей тела человека; чаще всего бывает множественной, реже единичной [62, 109]. 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 вторич-

ного повреждения головного мозга, что должно учитываться при разработке стандартов МП [27,52, 259,236, 288, 293].

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 [26, 52, 101,189].

К осложнениям СТ относится травматический шок (ТШ), который с клинической точки зрения определен как защитная тяжелая нервно-рефлекторная реакция ЦНС, сопровождающаяся циклическими расстройствами кровообращения, дыхания, обмена веществ, эндокринного 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 [62]. 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 [9].

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 неблагоприят-

ного 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 [26, 40, 51, 101, 114, 133, 201, 209]. 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 [276, 277, 292, 299, 314, 315]. Основными патофизиологическими предпосылками тактики «damage control» при тяжелой политравме являются: метаболический ацидоз – уровень pH менее 7,2; гипотермия – температура тела пострадавшего менее 34 ºС; 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 [314,315].

В РФ уже предприняты значительные попытки адаптации системы «damage control» в работе отечественной травматологической службы [51, 114, 118, 209]. 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 pH крови, концентрацию натрия и калия в крови, чтобы определить не только тяжесть состояния пострадавшего, но и тот объем специализированной травматологической помощи, который ему необходим (таблица 15) [52].

Таблица 15

Показатели относительной стабилизации состояния по шкале «ШОСС» (Блаженко А.Н., Дубров В.Э., 2012)

Показатели		Баллы								
		4	3	2	1	0	1	2	3	4
САД, мм рт. ст.		–	–	–	–	90-81	80–71	70-50	–	≥49
ЧСС, мин		≥180	140–179	110–139	–	70–109	–	50–69	40–54	≥39
pO_2, мм рт. ст.		≥140	139–130	120–129	110–119	80–109	–	79–70	–	69–60
pCO_2, мм рт .ст.		≥40	–	39–35	45–40	46–50	51–55	56–60	61–65	66–70
PH крови		≥7,7	7,6–7,69	–	7,5–7,59	7,33–7,49	–	7,25–7,32	7,15–7,24	≤7,15
K^+ крови, ммоль/литр		–	5,6–6,0	–	5,1–5,5	3,5–5,0	–	3,4–3,1	–	≤3,0
Na^+ крови, ммоль/л		≥180	160–179	155–159	150–154	130–149	–	120–129	111–119	≤110
Показатели гемограммы	RBC, $\times 10^{12}$/л	–	–	–	–	2,8–3,1	2,3–2,7	2,2–1,9	18,0–1,5	≥1,4
	HGB, г /л	–	–	–	–	75–80	74–64	63–59	58–50	≤50
	HCT, %	≥45	41–45	–	–	25–20	–	19–15	–	≤14

Проведен анализ 70 медицинских карт потерпевших с тяжелой сочетанной травмой. Из них: 40 – пациенты с тяжелой сочетанной травмой, проходившие лечение в профильном травматологическом отделении; 30 – умершие, причиной смерти которых была тяжелая сочетанная травма, осложнившаяся травматическим шоком, кровопотерей. Большая часть потерпевших – молодые лица, 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 (рисунок 21).

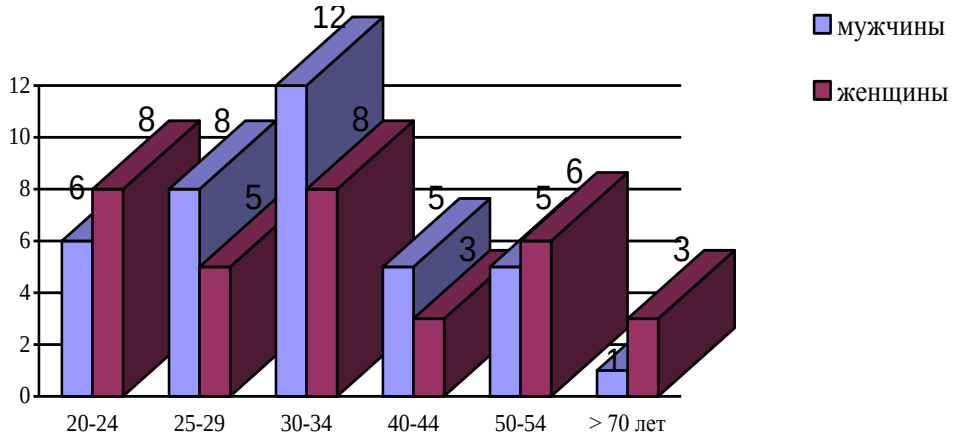


Рисунок 21. Распределение потерпевших с СТ по полу и возрасту

По обстоятельствам получения тяжелой сочетанной и множественной травмы лидирующее место занимали дорожно-транспортные происшествия, в которых в каждом третьем случае пострадали пешеходы (34%); дорожно-транспортный травматизм пополняет и так называемая мотоциклетная травма, процентное отношение которой в нашем исследовании составило – 9%. Также значительный процент занимает кататравма (21%). Лица, получившие ее, в основном жители других регионов и иностранные граждане (13 из 15 пострадавших) (рисунок 22). Из 70 пострадавших в состоянии травматического шока поступило 68 (97,1%) человек.

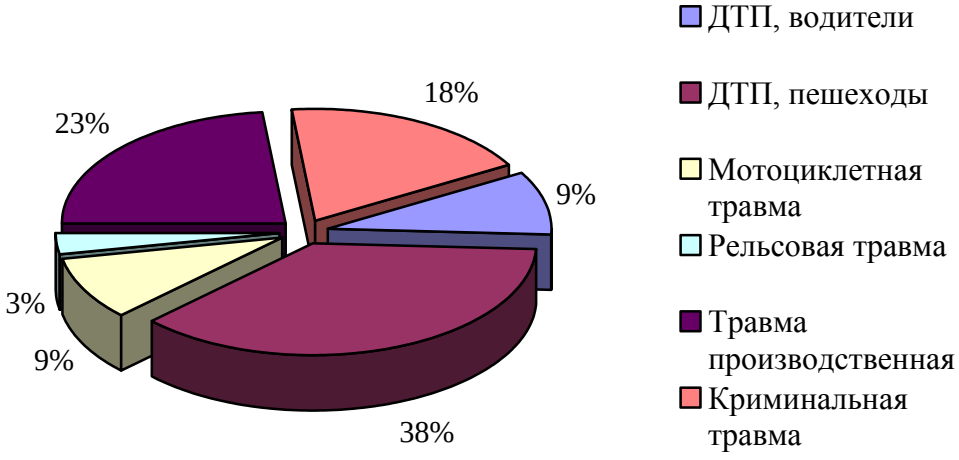


Рисунок 22. Распределение пострадавших по обстоятельствам получения травмы

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

Частота консультирования пациентов с сочетанной травмой врачами-специалистами из расчета на 100 пострадавших (рисунок 23).

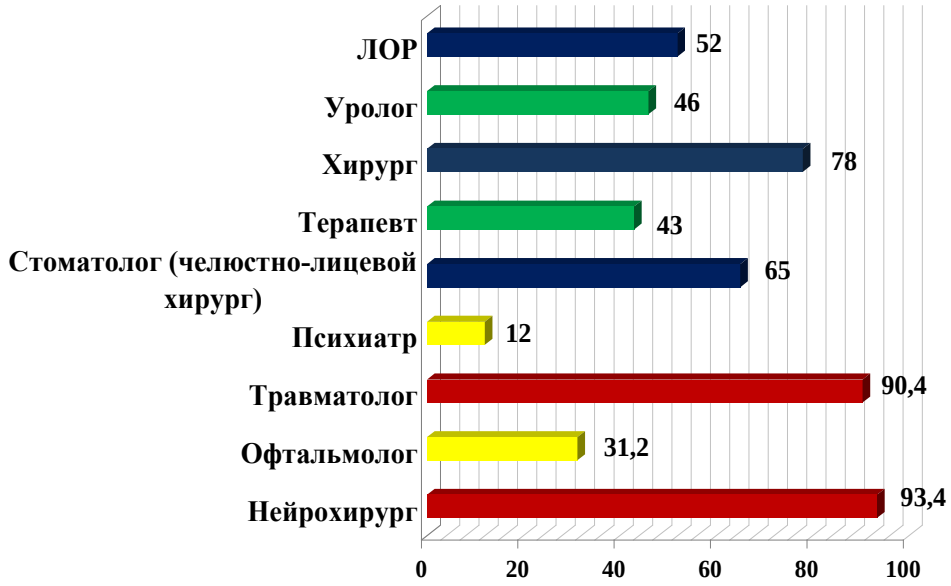


Рисунок 23. Частота консультирования пациентов с СТ врачами-специалистами

Статистика свидетельствует, что на первом ранговом месте по частоте консультирования пострадавших с диагнозом «сочетанная травма» находились такие врачи-специалисты, как нейрохирурги (93,4 на 100 пациентов с сочетанной травмой), травматологи (90,3) на втором ранговом месте соответственно хирурги (78), челюстно-лицевые хирурги (65), оториноларингологи (52). Третье место по часто-

те составили консультации терапевта – в 43 случаях, уролога – в 46, психиатра – в 12 случаях и офтальмолога 31,2 на 100 сочетанных травм.

По доминирующему повреждению распределение было следующим: доминирующая ЧМТ – 16 случаев, торакальная травма – 11, абдоминальная – 8, костная – 31 случаев, конкурирующие доминирующие травмы – 4 случая. Основными реанимационными мероприятиями, проведенными пострадавшим в первый час после травмы, были: катетеризация центральной вены, которая была выполнена в 17 случаях – 24,3%, катетеризация мочевого пузыря – 18 (25,7%), интубация трахеи и перевод на ИВЛ – 11 потерпевшим (15,7%). Однако количество пострадавших, которым проведение указанных мероприятий в первый час от поступления было необходимо, значительно больше: катетеризация центральной вены – 25 случаев (35,7%); интубация трахеи – 14 пострадавшим (20%); катетеризация мочевого пузыря в 27 случаях (38,6%).

Ошибки в лечение пострадавших с тяжелой сочетанной и множественной травмой разделены на диагностические, тактические, организационные. По данным нашего исследования выявлены диагностические ошибки, связанные с нарушением сознания пострадавшего или затруднением контакта с ним ввиду ТШ. Среди диагностических ошибок превалируют пропущенные так называемые «малые переломы»: в области голеностопного сустава и стопы в 7 случаев, лучезапястного сустава – 4 случая. Среди так называемых «пропущенных»: у трех потерпевших – переломы костей таза, у 4 – ребер, у двух – позвоночника, бедренной кости – у 2 пациентов. Далее следует повреждения органов грудной клетки: гемоторакс объемом менее 200,0 мл в 3 случаях, тупая травма живота (разрыв печени) в 2 случаях. Таким образом, диагностические ошибки выявлены у 38,5% пострадавших с тяжелой сочетанной травмой. Как показывает анализ материала, при первичном обследовании этих больных не регистрируются от 5 до 20% имеющихся у пострадавшего повреждений, что обусловлено объективными и субъективными факторами. Объективными причинами: явились кратковременность (менее часа) пребывание пострадавшего в стационаре – 10%, тяжелое состояние пострадавшего (кома II – III ст.) – 13,7%. Диагностические ошибки были обусловлены

субъективными причинами (14,8%): нарушение диагностического протокола обследования (т.е. отсутствие первичного осмотра травматологом при поступлении), невнимательный осмотр пострадавшего (осмотр пострадавшего в верхней одежде, отказ от пальпаторного метода обследования).

Для предотвращения диагностических ошибок в условиях многопрофильного стационара должен использоваться рациональный комплекс обследования пострадавших с сочетанной и множественной травмами, в основе которого лежит принцип выдвижения диагностических служб к пациенту и включает в себя:

- 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.

Применение предложенного комплекса обследования пострадавших с сочетанной и множественной травмами позволяет в условиях многопрофильного стационара сократить время полной диагностики всех повреждений, а также исключить возможность возникновения тактико-диагностических ошибок в лечении данного контингента пострадавших.

При анализе ведения медицинской документации были выявлены следующие упущения (таблица 16).

Анализ качественных и количественных показателей экстренных манипуляций и оперативных вмешательств, проведенных пострадавшим с СТ, представлен в таблице 17.

Таким образом, в основном все экстренные вмешательства (73,6%) были выполнены не более чем через 3 часа с момента поступления. Как следует из таблицы 17, среди оперативных методов лечения переломов наложение аппаратов наружной фиксации (АНФ), как менее травматичного способа стабилизации переломов у данной категории пострадавших было использовано в 32,8% случаев,

интрамедуллярный остеосинтез – 13,4%, наложение скелетного вытяжения – 20,7%, наложение гипсовых повязок – 18,9%. Расширение показаний проведения окончательной стабилизации переломов ОДА без учета тяжести состояния пациента мы считали тактической ошибкой. Анализируемый материал показывает, что в современной экстренной травматологии концепция немедленной тотальной помощи (early total care) лечения повреждений ОДА, которая была принята в 1990 г. и заключалась в выполнении в первые сутки после травмы без учета тяжести всех хирургических процедур для стабилизации повреждений ОДА, не является обоснованной [26,321, 344, 347, 348]. Использование АНФ является «золотым стандартом», как метод фиксации повреждений ОДА у пострадавших сочетанной травмой с нестабильными показателями гемодинамики, т.е. с явлениями коагулопатии, кровопотери, гипотермии, наличием повреждения мягких тканей [51, 101, 263, 316].

Таблица 16

Перечень недостатков в ведении медицинской документации пострадавших, умерших в результате СТ

Перечень упущений	Процент ненадлежащего заполнения
отсутствие сведений о проведении медицинских манипуляций (установке плевральных дренажей, выполнении пхо ран)	13,3%
отсутствие показаний к выполнению операций и манипуляций	4,6%
неполное описание локального статуса	6,6%
противоречивое описание рентгенограмм	3,3%
использование не установленных в общей практике сокращений	6,6%
неполное отражение клинической картины и динамики травматического процесса	16,6%
некорректные записи в протоколе операции	13,3%

Тактические ошибки (21,4%) заключались как в расширение показаний к остеосинтезу при отсутствии достаточной компенсации общего состояния, что было зафиксировано в трех случаях, так и в отказе от хирургического вмешательства – 5 случаев, неполноценном хирургическом пособии – в 7 случаях. Отказ от хирургического вмешательства был обусловлен в двух случаях объективными причинами – отсутствием металлофиксаторов; субъективными – у трех пациентов

с переломами тазового кольца (вертикально-нестабильными) не была проведена его фиксация. К неадекватной инфузионно-трансфузионной терапии были отнесены (22,8%): позднее начало гемо- и плазмотрансфузии – в 7 случаях, малые объемы трансфузии – в 9 случаях. Проведение бесполезных исследований, требующих транспортировки пострадавшего сразу после окончания экстренной операции: КТ исследований в 7 случаях (10%).

Таблица 17

Показатели выполненных экстренных манипуляций и оперативных вмешательств у пострадавших с сочетанной травмой

Операции	Всего	Выполнены до 3 часов с момента поступления	Выполнены более чем через 24 часа
Трахеостомия	6	0	6
Трепанация черепа	8	3	5
Передняя/задняя тампонада полости носа при кровотечении	3	3	0
Хирургическая остановка наружного кровотечения без сосудистого шва из ран различных локализаций	4	4	0
Хирургическая остановка наружного кровотечения с сосудистым швом из ран различных локализаций	2	1	1
Торакоцентез при напряженном и закрытом пневмотораксе	7	7	0
Ампутация при отрывах и разрушениях конечностей	2	2	0
Наружная фиксация переломов костей таза	9	8	1
Наружная фиксация переломов длинных трубчатых костей	21	19	3
Первичный интрамедуллярный остеосинтез	11	8	3
Накостный остеосинтез	5	0	5
Операции при осложненных переломах позвоночника	2	1	1
Лечебно-диагностическая лапароскопия	11	8	3
Лапаротомия по поводу внутрибрюшного кровотечения	13	9	4
Релапротомия при продолжающемся кровотечении	5	0	5
Операции при разрывах почки, повреждениях органов малого таза (уретра. мочевой пузырь. прямая кишка)	6	4	2
Операции на органах зрения	2	0	2
Фиксация переломов челюстей	3	0	3
ПХО ран различной локализации	28	28	0
Наложение скелетного вытяжения	13	12	1
Наложение гипсовых повязок больших	14	11	3
Наложение гипсовых повязок малых	22	17	5
Всего	197	145 (73,6%)	52 (26,4%)

Организационные – отсутствие преемственности между службами экстренной помощью: приемным отделением и отделением реанимации, отделением реанимации и травматологической службой. Анализ исследуемого материала пока-

зал, что 11 (15,7%) пострадавшим позднее оказание полноценных реанимационных мероприятий было начато спустя пять и более часов после предварительного обследования в условиях приемного отделения.

Анализ медицинских карт стационарных пострадавших, умерших от сочетанной травмы, показал, что непосредственной причиной смерти в остром периоде травматической болезни была острая кровопотеря и шок вследствие обширных повреждений паренхиматозных органов, ушибов легких и сердца, множественной костной травмы – 13 случаев; отек и дислокация головного мозга – 4 случая, а также тяжелые реперфузионные осложнения с развитием различных форм органной недостаточности, инфекционные осложнения, полиорганная недостаточность – 9 случаев. В позднем периоде травматической болезни летальный исход был обусловлен развитием полиорганной недостаточности, пневмоний, сепсиса, менингита – 4 случая.

Установлено, что при доминирующей черепно-мозговой травме причинами летального исхода явились: отек головного мозга с дислокацией ствола, полиорганная недостаточность, гнойно-септические осложнения, а при скелетной травме – шок и кровопотеря, пневмония, полиорганная недостаточность. При доминирующей торакальной травме первое место заняли острый респираторный дистресс-синдром и пневмония, полиорганная недостаточность, сепсис, жировая эмболия, а при абдоминальной травме – шок, кровопотеря, полиорганная недостаточность. При конкурирующих доминирующих повреждениях чаще всего причинами летального исхода являлись травматический и геморрагический шок, гнойно-септические осложнения. В целом танатологический профиль исследуемой группы пострадавших выглядел следующим образом: шок и кровопотеря (56,7%), отек и дислокация головного мозга (36,7%), инфекционные осложнения (6,6%). При сопоставлении заключительных клинических и судебно-медицинских диагнозов их расхождений по основному заболеванию выявлено не было. Имелись в них единичные расхождения по развившимся осложнениям (13,3%): по одному случаю не диагностирована жировая эмболия у пострадавшего с тяжелой торакальной травмой и позиционный тромбоз глубоких вен и в двух – пневмония.

Продолжительность пребывания в стационаре пациентов, умерших от сочетанной травмы, составила: до 1 часа – 6 пострадавших, до 1 суток – 11, до 10 суток – 9, более 10 суток – 4 потерпевших. Причем большая часть этих пострадавших (93,3%) поступила в состоянии травматического шока, однако в заключительном клиническом диагнозе его наличие указано лишь в 46,6% случаях, из них в 20,0% без указания степени, В 4 (13,3%) случаях указано наличие геморрагического шока также без указания степени.

Следует отметить, что у каждого пятого умершего с сочетанной травмой, сопровождавшейся травматическим шоком и кровопотерей имелась возможность предотвратить летальный исход. По нашему мнению, все упущения в оказании помощи пострадавшим в стационаре можно условно разделить на следующие проблемные уровни: «индивидуальный» (40%), т.е. тактика действий обусловлена действиями конкретного врача и «общеорганизационный», который вызван организацией работы травматологической службы в целом (60%). К последнему относятся трудности с переводом пациентов в другие отделения, нарушения в работе отделений неотложной помощи, 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.

Клинический пример № 8

Пострадавший Г., 24 года, травму получил в результате ДТП, управляя мотоциклом. Доставлен СМП в ОРИТ 26.07. в 2 часа 44 мин. Клинический диагноз: тяжелая СТ, закрытая ЧМТ, ушиб головного мозга тяжелой степени, субдуральная гематома правой гемисферы, перелом нижней челюсти, перелом задних отделов ребер справа, 1-го ребра слева, ушибы легких, двусторонний пнемоторакс, левосторонний гематоракс пневмомедиастенум, закрытый перелом средней трети правого бедра. При поступлении осмотрен: реаниматологом, ответственным травматологом, нейрохирургом, хирургом, челюстно-лицевым хирургом. Выполнены исследования: рентгенограммы черепа, грудной клетки, таза, правого бедра; УЗИ органов брюшной полости – патологии не выявлено, УЗИ плевральных полостей – в левой плевральной полости большое количество жидкости, справа – меньше; КТ черепа – выявлены субдуральная гематома справа, перелом ниж-

ней челюсти, КТ органов грудной клетки – левосторонний гемоторакс; КТ брюшной полости – патологии не выявлено. Также проведено шинирование нижней челюсти, дренирование плевральных полостей.

Состояние по шкале «ШОСС» – 0 баллов (АД 90/60 мм рт. ст., ЧСС 90 в 1 мин., pO_2 – 80 мм рт. ст., pCO_2 – 46 мм рт. ст., pH крови – 7,33; Na^+ крови – 140 ммоль/литр, K^+ крови – 3,5 ммоль/литр; гемоглобин 80 г/л; гематокрит – 25%; RBC ($\times 10^{12}$/литр) – 2,8).

Через 11 часов после госпитализации (13 часов 45 мин) выполнена операция – декомпрессивная трепанация черепа, удаление субдуральной гематомы справа. Перелом правой бедренной кости стабилизирован скелетным вытяжением.

29.07. в 13 часов 00 мин произведен интрамедуллярный остеосинтез правого бедра с блокированием.

31.07. в 05 часов 10 мин наступила смерть пострадавшего от СТ, осложнившейся отеком головного мозга и правосторонней пневмонией. Клинический и судебно-медицинский диагнозы совпали.

В данном клиническом случае были нарушены принципы «damage control» при относительном стабильном состоянии пострадавшего при поступлении (согласно шкале «ШОСС») не произведен остеосинтез бедренной кости, решающим фактором неблагоприятного исхода явилось выполнение погружного остеосинтеза на 3 сутки с момента травмы, на фоне наиболее выраженного отека головного мозга.

5.2. Медико-экспертная характеристика оказания специализированной травматологической помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости

Проведение анализа качества стационарной помощи пострадавшим пожилого и старческого возраста продиктовано рядом причин. Во-первых, возрастающее количество пострадавших с данной патологией обусловлено старением населения страны [175]. Во-вторых, отсутствуют четкие критерии по срокам выполнения оперативного лечения, что напрямую отрицательно влияет на показатель летальных исходов [57]. В-третьих, нет протоколов предоперационного обследования данной категории пациентов, отягощенных соматической патологией; в-

четвертых, недостаточное медико-правовое обоснование выполнения оперативного вмешательства по экстренным показаниям.

Из нормативно-правовых документов, относительно оказания помощи этой категории пациентов существует лишь приказ Минздрава России от 28.07.1999 № 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста в РФ». В данном документе регламентировано открытие специализированных геронтологических центров и оказание в них помощи пациентам пожилого и старческого возраста, причем указано количество необходимых специализированных коек для создания отделения геронтологии, в том числе и травматолого-ортопедичских [8].

В 2012 г. в Москве под руководством Н.В. Загороднего была разработана целевая программа, оказания экстренной хирургической помощи пациентам пожилого и старческого возраста, в которую включились городские клинические больницы города Москвы № 13, 31, 15, а также был разработан проект протокола предоперационного обследования и ведения данной категории пациентов, который включал принципы классификации переломов проксимального отдела бедренной кости, предоперационной подготовки, противопоказаний и методов оперативного пособия [95]. Однако, как отраслевой стандарт лечения на уровне департамента здравоохранения Москвы он принят не был. Анализ проекта данного документа показал, что в нем отсутствует четкая детализация отельных положений, которые имеют существенное значение при обосновании выполнения оперативного пособия у данной категории пострадавших.

Термин «срочная операция» подразумевает ее выполнение в течение ближайшего времени с момента повреждения для предотвращения тяжелых осложнений, т.е. 24 – 72 часа с момента поступления больного [50]. Однако для большей части лиц пожилого и старческого возраста выполнение срочных оперативных вмешательств невозможно из-за существующих общепринятых медицинских противопоказаний, тяжести общего состояния пациента, обусловленного хроническими соматическими заболеваниями сердечно-сосудистой, легочной, эндокринной систем. Статистика свидетельствует, что задержка сроков фиксации пе-

релома более чем на 2 дня, в сравнении с пациентами, которым выполнялось оперативное лечение в первые 24 часа, увеличивает показатели смертности на 15% [338]. Именно поэтому так необходима разработка научно-обоснованного подхода к созданию детализированного отраслевого протокола лечения пострадавших с указанными повреждениями на основании медико-экспертного анализа экстренной помощи больных пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости.

В этой связи был проведен анализ 32 медицинских карт стационарных больных с переломами проксимального отдела бедренной кости пожилого и старческого возраста, средний возраст которых составил 77,3 года, а также рассмотрены ежегодные отчеты заведующих отделениями о деятельности травматологического стационара с 2012 по 2014 гг. Распределение пациентов с травмами по шифрам МКБ-10 и классификации AO/ASIF представлено в таблице 18.

Таблица 18

Распределение пациентов с травмами ОДА по шифрам МКБ-10 и классификации AO/ASIF

Шифр по МКБ	Расшифровка диагноза	Количество больных	Классификация характера перелома по AO/ASIF	Оперировано всего/из них в срочном порядке
по исследованию медицинской документации (всего 32 пациента)				
S 72.10	чрезвертельный перелом бедра закрытый	5	31 A1	4/2
		13	31 A2	9/6
		18		13/8
S 72.20	подвертельный перелом закрытый	5	31 A3	3/3
S 72.0	перелом шейки бедра закрытый	3	31 B1	0
		4	31 B2	5/3
		2	31 B3	0
		9		4/3

Из таблицы 18 следует, что больных с закрытыми переломами бедер типа А было – 71,9%, а В – 28,1%.

Судя по результатам анализа медицинской документации, при поступлении всем пострадавшим выполнялся следующий комплекс диагностических

исследований: рентгенография области повреждения и органов грудной клетки, ЭКГ, общий анализ крови. Среди дополнительных методов исследования по показаниям МСКТ была выполнена 2 (6,25%) пациентам с переломами шейки бедренной кости для уточнения диагноза (при неинформативности рентгенологического исследования), группа крови и резус фактор – 9 (28,1%), коагулограмма – 7 (21,9%) пациентам, УЗАС вен нижних конечностей – 4 пострадавшим (12,5%), глюкоза крови – 17 (53,1%). ЭХО-КГ по экстренным показаниям пострадавшим не проводилась.

Согласно Московским городским стандартам стационарной помощи для взрослого населения обязательными являются **лабораторные исследования (**общий анализ крови, общий анализ мочи, HBs-антиген, HCV, кровь на ВИЧ, RW, глюкоза крови, коагулограмма, дополнительно – белок и его фракции, электролиты, билирубин, АЛТ, АСТ, иммунологические) и **инструментальная диагностика** (рентгенография грудной клетки, рентгенография, ЭКГ, дополнительно – КТ. Также обязательными являются к**онсультации** специалистов (врача – терапевта; дополнительно – реаниматолога, невролога, психиатра, физиотерапевта).Таким образом, в этом перечне УЗАС вообще отсутствует, хотя тромбозы были диагностированы у каждого пятого пострадавшего с переломом проксимального отдела бедра на 5 – 6 сутки с момента травмы или операции (21,2%). Консультации специалистов потребовались значительному числу больных (рисунок 24).

Из диаграммы, изображенной на рисунке 24 видно, что все пациенты при поступлении были осмотрены терапевтом (100%). Таким образом, перед оперативным лечением по экстренным и срочным показаниям пациентам проводился комплекс клинико-лабораторных и инструментальных исследований, который был недостаточным по объему и не позволил объективно оценить возможный операционный риск.

По данным анализа медицинские карты велись ненадлежащим образом: недостаточно полно был собран анамнез жизни о наличии и длительности течения соматического заболевания (53,1%), отсутствовали обоснования показаний для

проведения оперативного лечения (25,0%), в протоколе операции не было описания характера перелома (9,3%).

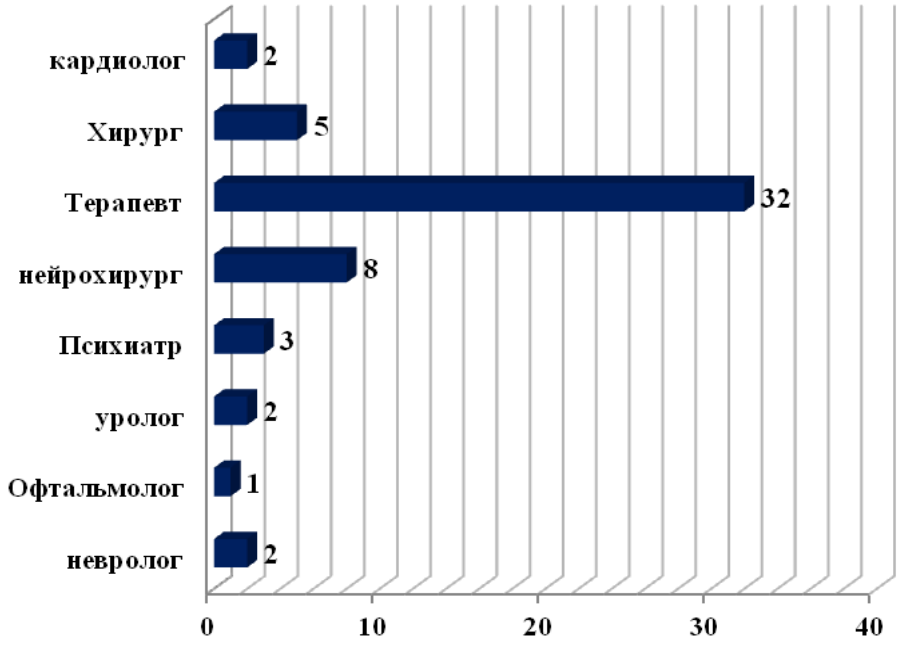


Рисунок 24. Консультации специалистов у пострадавших пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости

При анализе качества лечебного процесса учитывали его соответствие принятым стандартам, утвержденным приказом Минздрава РФ от 9 июня 2003 г. № 233 «Об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Профилактика тромбоэмболии легочной артерии при хирургических и иных инвазивных вмешательствах», и Российским клиническим рекомендациям «Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений в травматологии и ортопедии», которые были разработаны ассоциацией травматологов-ортопедов и флебологов России и утверждены экспертной группой 25.06.2011 г.; объем предоперационной подготовки, обоснование противопоказаний к оперативному лечению, нарушения техники выполнения остеосинтеза [78, 117, 162].

Согласно последним тенденциям развития травматологии, растет оперативная активность в отношении данного контингента больных [33, 57, 120, 196]. Так, по общеклиническим статистическим данным, отмечается практически 100% оперативное лечение пациентов с переломами вертельной области проксимального отдела бедренной кости (рисунок 25).

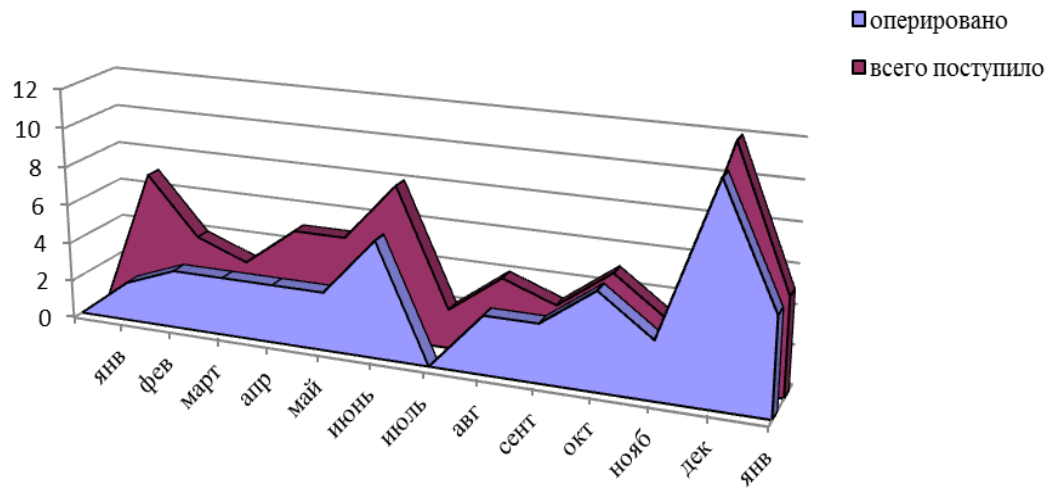


Рисунок 25. Соотношение количества поступивших больных и проведенного оперативного лечения (2014 г.)

Согласно медицинской документации всем пострадавшим назначались анальгезирующие, противовоспалительные препараты – 100%, антикоагуляционные (по стандарту гепарин натрия 15000 МЕ в сутки), сердечные препараты – в 73% случаев, антибактериальная терапия – в 69%, седативные препараты – в 43%, витамины – в 15%, трансфузионная терапия – в 42%, гемостатическая терапия – в 12%, десенсибилизирующие препараты – в 9% наблюдений. Если рассматривать данную травму с точки зрения концепции травматической болезни, то у пострадавших с переломами вертельной области в связи с наличием кровопотери (особенно при многооскольчатом характере повреждения) имелась клиническая картина травматического шока I степени, что является безусловным показанием для проведения инфузионной терапии.

Таким образом, в проведении трансфузионной терапии нуждалось значительно большее количество пострадавших – 73,0%; в назначении сердечных препаратов – 82,1% пострадавших.

Анализ показателей лечебного процесса показал, что отказы в оперативном вмешательстве по «срочным показаниям» в 40,6% случаев были обусловлены: у 2-х потерпевших – отсутствием металлоконструкций; у 3-х – недостаточным объемом предоперационной подготовки, у 3-х – несвоевременным выполнением

УЗАС-исследования; у 3-х – несвоевременным ЭХО КГ-исследованием, задержкой в проведении консультаций кардиолога – у 2 потерпевших. Следует отметить, что у всех пострадавших имелись выраженные соматические патологии, частота встречаемости которых представлена на диаграмме (рисунок 26).

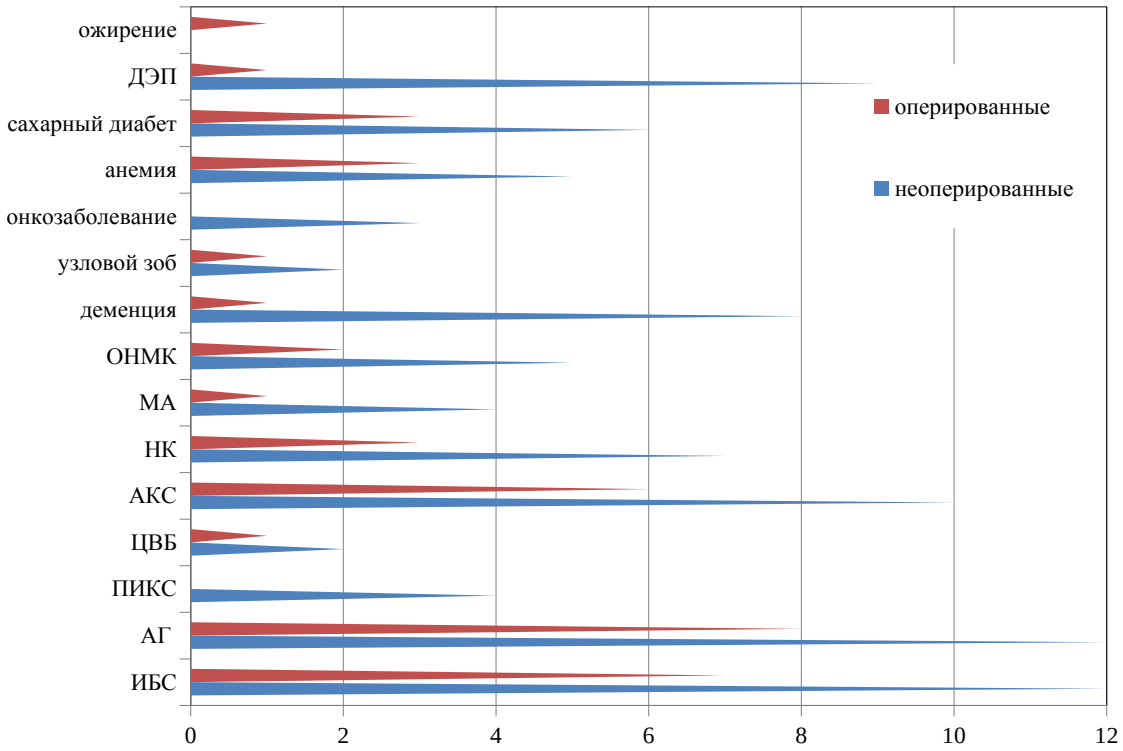


Рисунок 26. Распределение соматических заболеваний у пострадавших среди оперированных и неоперированных пациентов:

ДЭП – дисциркуляторная энцефалопатия; ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения; МА – мерцательная аритмия; НК – недостаточность кровообращения; АКС – атеросклероз коронарных сосудов; ЦВБ – цереброваскулярная болезнь; ПИКС – постинфарктный кардиосклероз; АГ артериальная гипертензия; ИБС – ишемическая болезнь сердца

Таким образом, пациенты как оперированные, так и не оперированные имели ряд тяжелых соматических заболеваний, поэтому показания для оперативного лечения определялись как степенью их выраженности и компенсированным состоянием пострадавшего, так и оценкой активности пострадавшего до травмы по индексу Бартела. Индекс Бартела вычисляется по 10 показателям, относящимся к сфере самообслуживания и мобильности (прием пищи, ванны, одевание, переме-

щение, персональная гигиена, контроль дефекации, мочеиспускания, посещение туалета, мобильность, подъем и спуск по лестнице). Уровень повседневной активности определяется по сумме баллов, набранных пациентом по каждому из разделов теста. Суммарный балл – 100. Показатели от 0 до 20 баллов соответствуют полной зависимости, от 21 до 60 баллов – выраженной зависимости, от 61 до 90 баллов – умеренной, от 91 до 99 баллов – легкой зависимости в повседневной жизни. Согласно индексу Бартела уровень повседневной активности у поступивших пациентов представлен на диаграмме (рисунок 27).

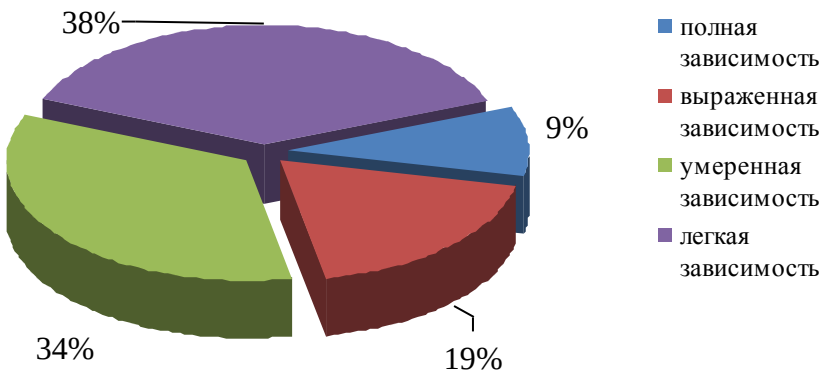


Рисунок 27. Частота уровня повседневной активности у потерпевших

Из 32 пострадавших 12 (37,5%) лечились консервативно, из них 5 пациентов с переломами шейки бедренной кости, 7 – с переломами вертельной и подвертельной областей; в 3 случаях оперативное лечение было выполнено более чем через 5 суток с момента поступления. Анализ причин отказа от выполнения «срочных операций» представлен в таблице 19.

Таким образом, противопоказаниями для проведения оперативного лечения у данной категории больных являлись: острый инфаркт миокарда или остро развившееся нарушение мозгового кровообращения тяжелого течения; острая пневмония с развитием дыхательной недостаточности, требующая искусственную вентиляцию легких; острое хирургическое заболевание, требующее неотложного оперативного вмешательства; декомпенсация сахарного диабета; кома любой этиологии; острая или хроническая гнойная инфекция с клиническими проявлениями в зоне хирургического вмешательства; терминальная стадия любого соматического заболевания, приведшая к потере способности пациента к передвиже-

нию еще до факта наступления травмы; выраженные психические расстройства, приведшие к потере способности пациента к передвижению, в том числе и при помощи кресла-каталки, еще до факта наступления травмы.

Таблица 19

Причины отказа от выполнения «срочных операций»

Диагноз при поступлении	Шифр по МКБ-10	Причина отказа	Число случаев	Объективность
перелом шейки бедренной кости	S 72.00	возраст пациентов старше 70 лет, является показанием для первичного эндопротезирования. Отсутствует возможность выполнения эндопротезирования в первые 72 часа в виду более длительной предоперационной подготовки	5	да
чрезвертельный перелом бедра	S 72.10	отсутствие металлофиксаторов	2	да
		наличие тяжелой соматической патологии (ОНМК, острой коронарной патологии, тяжелого онкозаболевания)	2	
		невозможность выполнить адекватные дообследования пострадавшего в короткий промежуток времени	1	нет
чрезподвертельный перелом бедра	S 72.20	наличие тяжелой соматической патологии (ОНМК, острой коронарной патологии, тяжелого онкозаболевания)	2	да

Анализ клинического материала показал, что металлофиксаторы для остеосинтеза проксимального отдела бедренной кости имеют свои конструктивные особенности, установочный инструментарий и технологию проведения, что оказывает определенное влияние на результативность лечения. Основной принцип выбора: минимизация кровопотери, обеспечение стабильной фиксации. В данной ситуации подходящим является остеосинтез интрамедуллярным гвоздем. При чрез- и подвертельных переломах он был использован в 100% случаях. У всех пострадавших имелись показания для выбора данного фиксатора: 3 пациентам проведен остеосинтез шейки бедра тремя коннюлированными винтами (возраст 60 – 65 лет, с трансцервикальным и базальным переломами шейки).

При выполнении оперативного метода лечения в 5 случаях допущены ошибки (9,3%): технические в 3 случаях, тактические в 2 случаях. Причинами

неудовлетворительных результатов при интрамедуллярном остеосинтезе с использованием гамма-стержня и реконструктивных стержней явились технические погрешности хирургического вмешательства: проведение шеечного винта (ШВ) выше дуги Адамса, нецентрированное заведение ШВ, повторное введение и перепроведение ШВ. Как показал анализ, указание на технические трудности в проведение операции было отражено лишь в 1 истории болезни. Также причиной неудовлетворительных исходов стали ошибки в тактике: неправильный подбор металлофиксатора, использование коротких винтов (3,7%).

Качество выполненного остеосинтеза оценивалось по двум параметрам: правильности установки металлофиксатора; адекватности репозиции и смещения костных отломков.

Для определения качества репозиции костных отломков после остеосинтеза применяли: индекс линии Гардена (Garden Alignment Index), характеризующий угол, образованный между трабекулярными линиями компрессии шейки и диафиза бедра в прямой и аксиальной проекциях (очень хороший результат при величине угла 160° в прямой проекции; в аксиллярной 180 – 160°; удовлетворительные в прямой проекции 160 – 150° и неудовлетворительные при величине угла <150° в прямой проекции или менее (более) 180° в аксиальной проекции). Конечно, учитывалось и наличие диастаза между отломками, измеряемое в миллиметрах. Результаты классифицировали как хорошие при диастазе 0 – 3 мм; удовлетворительные 3 – 5 мм; и неудовлетворительные – >5 мм. Неудовлетворительные результаты выявлены в 3 случаях, при этом несращение перелома произошло лишь 1 случае.

Правильность установки металлофиксатора оценивали по положению винтов в шейке бедренной кости с соблюдением введения ШВ в «зоны Кливленда» (Cleveland zones). Наиболее оптимальным принято считать зоны 6–8–9, расположенные в задненижнем отделе головки бедренной кости. Для профилактики таких осложнений, как прорезывание (cut-out effect) резьбовой части винта в головке бедренной кости по формуле Баумгартнера вычисляли расстояние от крайней точки винта до середины края головки бедра в прямой и аксиальной проекциях

(TAD – tip-apex distance). Потеря прочности фиксации, под которой подразумевались такие осложнения в послеоперационном периоде, как прорезывание динамического винта в головке бедренной кости, «Z-эффект», миграция винтов и других компонентов металлоконструкций по сравнению с первичным их стоянием, в большинстве случаев отмечалась среди интрамедуллярных металлоконструкций в 4 случаях 12,5%.

Рисунок 28. Неадекватный подбор интрамедуллярного фиксатора с использование коротких винтов

Рисунок 29. Некорректное (нецентрированное) заведение шеечного винта, сохраняющийся диастаз между отломками

Рисунок 30. Дефект репозиции, значительный диастаз между отломками

Анализ клинического материала показывает, что проведение повторных оперативных вмешательств у этой категории пострадавших ведет к значительному удлинению сроков госпитализации, развитию инфекционных осложнений и летальному исходу.

Клинический пример № 9

Пациентка А., 83 лет. Диагноз при поступлении: закрытый чрезвертельный перелом левой бедренной кости с отрывом малого вертела со смещением отломков. Ишемическая болезнь сердца. Атеросклероз аорты, сосудов сердца. Артериальная гипертензия 2, риск 3, НК-1. Сахарный диабет 2 типа. Анамнез: около 10 часов утра упала дома на левый бок. Доставлена в стационар в 14 часов 15 минут СМП по вызову, принятому в 13 часов 05 минут. При поступлении проведены рентгенологическое исследование

грудной клетки, области перелома, ЭКГ, общий анализ крови (Hb при поступлении 86 г/л), определена группа крови и резус фактор, консультирована терапевтом. В день поступления через 5 часов с момента госпитализации проведена операция – остеосинтез левого бедра стержнем (рисунки 31, 32). Через 2 недели нахождения в стационаре у пациентки выявлено падение цифр гемоглобина до 70 г/л, в связи с чем, проведена гемотрансфузия, при попытке активизации – резко выраженный болевой синдром.

Рисунок 31 Рентгенограмма до операции

Рисунок 32. Рентгенограмма после операции

На контрольных рентгенограммах определяется прорезывание шеечного винта в полость малого таза. Через 2,5 недели выполнена хирургическая коррекция положения шеечного винта (рисунки 33, 34).

Рисунок 33. Рентгенограмма через 7 дней после операции

Рис. 34. Рентгенограмма после повторной операции

Однако у пациентки отмечалась гипертермия до 39 °С. Неоднократно консультирована терапевтом, выполнено КТ грудной клетки с целью исключения пневмонии. Через 4 недели при УЗИ-исследовании области операции выявлен затек, произведена пункция, при которой получено гнойно-геморрагическое отделяемое. По результатам посева раневого отделяемого в крови обнаружен рост *E.coli* и *P.Mirabiblis*. Через 4 недели удалена металлоконструкция с установкой промывной системы, затем через 5 недель ВХО раны левого бедра. Через 6 недель с момента поступления – отек в области левого коленного сустава, при пункции получено гнойное отделяемое. Течение болезни осложнилось развитием острого флегмонозного некалькулезного холецистита. Проведено дренирование желчного пузыря (через 7 недель после поступления). Консультирована гематологом, хирургом, клиническим фармакологом. Получала антибактериальную терапию в течение 20 дней, стимуляторы эритропоэза. По результатам посева через 8 недель – рост микрофлоры не выявлен. Однако на фоне двусторонней пневмонии, перенесенной системной воспалительной реакции (сепсиса) возникло острое повреждение миокарда, острая сердечно-сосудистая недостаточность. Отек легких. Отек головного мозга. Пациентка скончалась. Посмертный диагноз: чрезвертельный перелом левой бедренной кости, с отрывом малого вертела со смещением отломков. ИБС, Атеросклероз аорты, сосудов сердца. Артериальная гипертензия 2, риск 3, НК1. Сахарный диабет 2 типа, узловой зоб. Хроническая B_{12} фолиево-дефицитная анемия. Ожирение 1 ст. Надвлагалищная ампутация матки. Общий атеросклероз сосудов головного мозга. Кардиосклероз. Пневмосклероз. Ангиома печени. Киста правого легкого. Паренхиматозные и парапельвикальные кисты почек. Киста селезенки. Недостаточность кардии. Гастрит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Абсцесс мягких тканей в/3 левого бедра.

Данный клинический пример показывает, что во время первичного остеосинтеза пациентке не была проведена в должной мере предоперационная подготовка, при установке металлофиксаторов не достигнута компрессия в зоне перелома, неадекватно подобрана длина шеечного винта.

Анализируя клинические данные и медицинскую документацию, выявлено, что проведение повторных оперативных вмешательств у этой категории пострадавших ведет к значительному удлинению сроков госпитализации, развитию инфекционных осложнений и летальному исходу. В наших наблюдениях данный

исход наблюдали в 1 случае. В то же время, большая часть оперированных по «срочным» показаниям больных (42 пострадавших, 51,2%), были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии, средние сроки госпитализации составили 14,2 койко-дней. Сроки госпитализации пациентов, которым было выполнено оперативное лечение в плановом порядке (т.е. более чем через 7 суток с момента поступления в стационар), составили 22,8 койко-дней.

Таким образом, объективный анализ значительного количества клинического материала указывает на рациональность использования активной хирургической тактики в лечении данного контингента больных. Однако ее применение связано с повышенными правовыми рисками для оперирующего врача, так как даже прогнозируемые вредные эффекты медицинского вмешательства в состояние здоровья пациента, входящие в договорные условия предоставления профессиональной услуги, относительно которых пациент должен быть информирован, не освобождают медицинского работника от уголовной и гражданской ответственностей. Каждое ЛПУ самостоятельно организовывает работу помощи пострадавшим пожилого и старческого возраста с повреждениями проксимального отдела бедра, исходя из внутренних возможностей, побуждений, накопившегося практического опыта. Для правового обеспечения обоснования необходимости выполнения операции по «экстренным показаниям» нами выполнена разработка детализированных рекомендаций, определяющих комплекс предоперационной подготовки, и утверждение показаний и противопоказаний к выполнению оперативного пособия у лиц пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (схема № 3, раздел «Заключение»).

5.3. Медико-экспертная характеристика качества оказания медицинской помощи пациентам с повреждениями костей, составляющих локтевой сустав, исходы лечения с точки зрения тяжести вреда здоровью

Локтевой сустав – один из наиболее стабильных суставов скелета человека, составляющим которого является сложный анатомо-биомеханический комплекс суставных поверхностей проксимальных отделов плечевой, локтевой и лучевой

костей с совокупностью капсульно-связочного аппарата, ввиду чего лечение переломов костей, составляющих локтевой сустав, сопровождается неблагоприятными исходами в более чем 50% случаев, особенно это касается переломовывихов в локтевом суставе, что доказано рядом как отечественных, так и зарубежных исследователей [92, 93, 97, 190, 253, 254, 255, 261]

С точки зрения судебно-медицинской экспертизы при установлении степени тяжести вреда здоровью в случаях причинения повреждений в области локтевого сустава исход лечения не учитывается и предполагается наступление значительной стойкой утраты общей трудоспособности свыше 30%. Так, в п. 6.11 приказа Минздравсоцразвития Российской Федерации от 24.04.2008 г. № 194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» приводится перечень повреждений в области локтевого сустава, которые в уголовном судопроизводстве квалифицируются как тяжкий вред здоровью. К таким повреждениям были отнесены только:

6.11.2. открытый или закрытый перелом костей, составляющих локтевой сустав;

6.11.3. открытый или закрытый перелом-вывих костей предплечья: перелом локтевой в верхней или средней трети с вывихом головки лучевой кости (переломовывих Монтеджа) или перелом лучевой кости в нижней трети с вывихом головки локтевой кости (переломовывих Галеацци) [9].

Следует отметить, что в данных критериях отсутствуют указания на конкретные повреждения в области сустава, а именно, повреждение каких костных структур является наиболее тяжким. В перечислении переломовывихов указаны лишь повреждения Голеаци и Монтеджа, в то время как другие повреждения (переломовывихи Мальгеня, Брехта, Эссекс–Лопрести), не входящие в перечень, но приводящие к тяжелым последствиям не учитываются, что вызывает много споров при юридической оценке степени тяжести вреда здоровью. Например, как показали исследования отечественных и зарубежных ученых, наблюдается неудовлетворительный исход лечения при так называемой «ужасной» триаде локтевого сустава (вывих или подвывих костей предплечья кзади с переломом венечного

отростка и головки лучевой кости) из-за рецидивирующей нестабильности и развития раннего посттравматического артроза [190, 247, 248, 255, 261]. Известно, что когда вывих не сопровождается переломом, ранняя мобилизация после закрытого устранения вывиха костей предплечья обусловлена низким риском рецидива вывиха, несмотря на то, что в большинстве случаев повреждены все капсульно-связочные стабилизаторы локтевого сустава [93]. Когда, по крайней мере одна из костных или суставных составляющих структур, способствующих стабильности локтевого сустава, разрушена, возрастает риск рецидивирующей или хронической нестабильности, артроза [97, 190]. Исследования Ратьева А.П. показали, что разделение переломовывихов костей предплечья на категории позволяет не только выбрать оптимальный метод стабильной фиксации и определить тактику лечения, но и дать правовую оценку в уголовном судопроизводстве степени тяжести вреда здоровью [190].

В перечне критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (приказ № 194 Минздравсоцразвития РФ), отсутствуют переломы в области мыщелков плечевой кости при внутрисуставном характере повреждения типа В и С, которые также относятся к наиболее тяжелым по функциональному результату восстановления функции локтевого сустава, что доказано проведенными исследованиями последних лет [149, 205].

В тех случаях, когда по характеру повреждения локтевого сустава не попадают в указанный перечень, размер (в процентах) стойкой утраты общей трудоспособности, как один из критериев определения степени тяжести вреда здоровью, определяется по завершившемуся исходу по приобщенной к Приказу Минздравсоцразвития РФ № 194н таблице [9]. Так, при наличии болтающегося локтевого сустава в результате резекции суставной поверхности плечевой и локтевой кости, размер утраты общей трудоспособности на правую и левую руку составляет 50 и 40% соответственно, а костного анкилоза в функционально выгодном и невыгодном положении в зависимости от угла положения меньше 60 или больше 900 соответственно 35 и 30%. Определению размера постоянной утраты подлежат в различной степени ограничения движений в локтевом суставе (кон-

трактура выраженная – умеренная, значительная, резко выраженная), которые колеблются в пределах 10 – 30%. При этом супинационно-пронационные движения при оценке повреждений локтевого сустава не учитываются и принимаются во внимание при нарушении функции предплечья. Следовательно, если говорить о медико-экспертных оценках результатов лечения повреждений локтевого сустава, то отличный результат следует считать при отсутствии утраты трудоспособности, хороший – соответствует умеренно выраженной, удовлетворительный – значительной, неудовлетворительный – резко выраженной контрактурам.

В различных травматологических школах существует много разногласий относительно показаний и противопоказаний к оперативному лечению, а по некоторым повреждениям отсутствуют единые методики остеосинтеза [92, 97, 190]. К тому же, существующие методики оценки результатов лечения во многом не удовлетворяют, так как в них не предусмотрены определение нестабильности локтевого сустава, комплексная оценка силовых характеристик кисти, сгибательно-разгибательных и ротационных движений предплечья. Также сохраняется проблема медико-экспертной оценки исходов лечения в зависимости от тяжести и характера травматического повреждения в области локтевого сустава.

В связи с этим проведен медико-экспертный анализ лечения 30 пострадавших с повреждениями в области локтевого сустава следующего характера: внутрисуставные переломы мыщелков плечевой кости – 7 пациентов; внутрисуставные переломы локтевого отростка – 6 пациентов; вывихи в сочетании с переломом венечного отростка и головки лучевой кости («ужасная» триада») – 2 пациента; перелом локтевой кости в верхней трети с вывихом головки лучевой кости (Монтеджа) – 3 пациента; перелом локтевого и венечного отростков и вывих предплечья кпереди (Мальгеня) – 3 пациента; внутрисуставной перелом тела локтевого отростка, сопровождающийся вывихом головки лучевой кости (Брехта) – 3 пациента; переломовывих головки лучевой кости в сочетании с повреждением межкостной мембраны и дистального радиоульнарного сочленения (Эссекс–Лопрести) – 1 пациент; перелом верхней трети локтевой кости перелом головки лучевой с вывихом костей предплечья кзади – 5 пациентов. Также в работе ис-

пользовались результаты 8 судебно-медицинских экспертиз, проведенных потерпевшим с травмами локтевого сустава для определении степени тяжести причиненного им вреда здоровью.

На основании шифра МКБ-10 повреждения в области локтевого сустава потерпевших, лечившихся стационарно, кодировались по следующим медицинским нозологиям:

S42.40 – перелом нижнего конца плечевой кости закрытый;

S42.41 – перелом нижнего конца плечевой кости открытый;

S50.00 – перелом верхнего конца локтевой кости закрытый;

S52.10 – перелом верхнего конца лучевой кости закрытый;

S52. 11 – перелом верхнего конца лучевой кости открытый;

T02.2 – переломы, захватывающие несколько областей одной верхней конечности;

T02.4 – переломы, захватывающие несколько областей обеих верхних конечностей;

S52.40 – сочетанный перелом диафизов локтевой и лучевой костей закрытый;

S52.70 – множественные переломы костей предплечья закрытые;

S52.71 – множественные переломы костей предплечья открытые;

S52.80 – перелом других частей костей предплечья закрытый;

S53.0 –вывих головки лучевой кости;

S53.1 – вывих в локтевом суставе неуточненный;

M24.3 – патологическое смещение и подвывих сустава, не классифицированные в других рубриках;

T 03.2 – вывихи, растяжения и перенапряжения капсульно-связочного аппарата суставов нескольких областей верхней (их) конечности (ей).

Наряду с этим для оценки тактики оперативного лечения использовалась классификация AO/ASIF, которая в настоящее время является основной и общепринятой для выбора метода остеосинтеза и подбора металлофиксаторов всех пе-

реломов скелета у разных травматолого-ортопедических школ и отражает тяжесть повреждения (рисунки 35, 36).

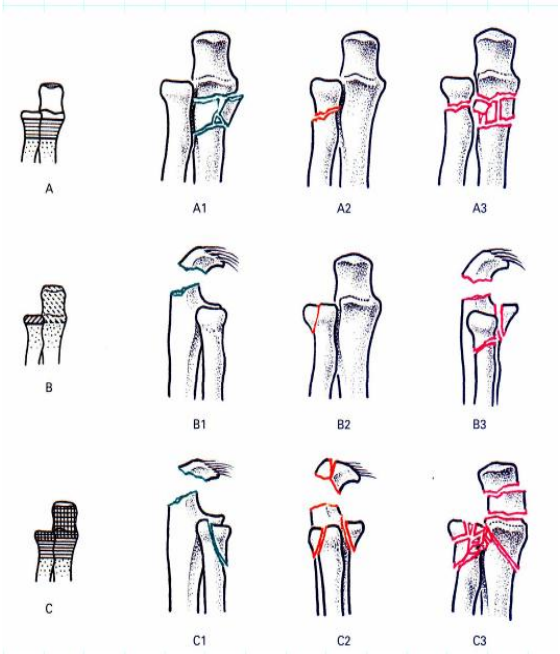


Рисунок 35. Классификация переломов проксимального конца предплечья по AO/ASIF

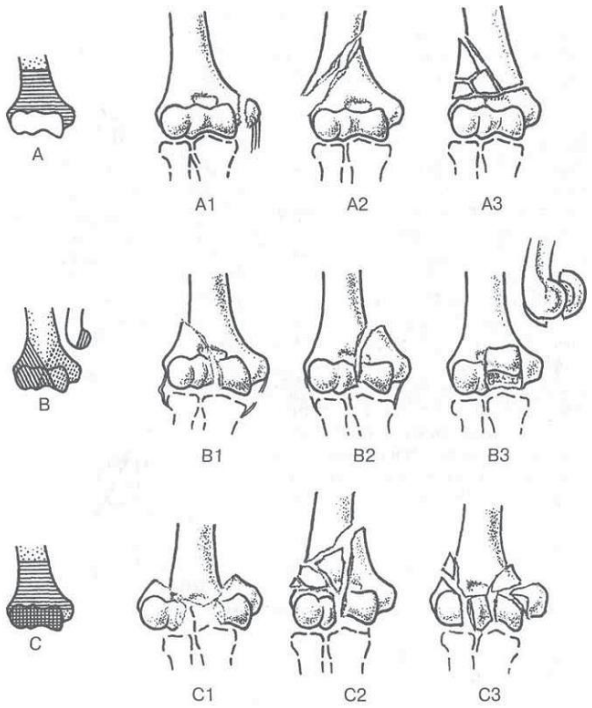
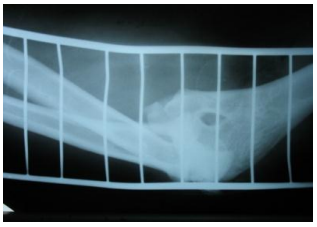


Рисунок 36. Классификация переломов мыщелков плечевой кости по AO/ASIF

Распределение по шифрам МКБ 10 и классификации по AO/ASIF повреждений пострадавших, проходивших лечение в стационаре, представлено в таблице 20.

Таблица 20

Распределение травм потерпевших по шифрам МКБ-10 и классификации по AO/ASIF

Наименование повреждения клинические	Классификация по AO/ASI/ количество пострадавших	Шифр по МКБ-10	Рентгенологическая объективизация
внутрисуставные переломы мыщелков плечевой кости	13B3 – 2 13C1 – 2 13C2 – 1 13 C3 -1	S42.40 перелом нижнего конца плечевой кости закрытый; S42.41 перелом нижнего конца плечевой кости открытый;	
внутрисуставные переломы локтевого отростка	21B1-6	S50.00 перелом верхнего конца локтевой кости закрытый;	
перелом венечного отростка и головки лучевой кости с вывихом костей предплечья («ужасная триада»)	21C1-1 21C2-2	S53.1 вывих в локтевом суставе неуточненный	
перелом локтевой кости в верхней трети с вывихом головки лучевой кости (Монтеджа)	22B1 -1 22A1-2	S53.0 вывих головки лучевой кости S52.2 перелом тела локтевой кости закрытый	
перелом локтевого и венечного отростков и вывих предплечья кпереди (Мальгеня)	21C1-2 21 C3-2	S53.1 вывих в локтевом суставе неуточненный	
переломовывих головки лучевой кости, в сочетании с повреждением межкостной мембраны и дистального радиоульнарного сочленения (Эссекс–Лопрести)	21B2-1	T 03.2 вывихи, растяжения и перенапряжения капсульно-связочного аппарата суставов нескольких областей верхней (их) конечности (ей)	–

Продолжение таблицы 20 на стр. 154

Окончание таблицы 20

Наименование повреждения клинические	Классификация по AO/ASI/ количество пострадавших	Шифр по МКБ-10	Рентгенологическая объективизация
внутрисуставной перелом на уровне тела локтевого отростка, сопровождающийся вывихом головки лучевой кости (Брехта)	21A1-2	S50.00 перелом верхнего конца локтевой кости закрытый S53.0 вывих головки лучевой кости	
задний вывих костей предплечья с переломом верхней трети локтевой кости и переломом головки лучевой кости	21 A3-2	S53.1 вывих в локтевом суставе неуточненный	
	21C2-2 21C1-1	S52.70 множественные переломы костей предплечья закрытые	

По механизму травмы пациенты распределились следующим образом: прямая травма предплечья: удар по предплечью – «парирующий перелом» – 2 пострадавших; высокоэнергетическая травма (падение с высоты, автоавария) – 8 пострадавших, при этом вывиху головки лучевой кости способствует рефлекторное сокращение двуглавой мышцы плеча, смещавшее лучевую кость проксимально; 7 – травма в результате падения на ладонь (теория непрямого механизма травмы), где перелом локтевой кости и вывих головки лучевой кости объясняют падением на ладонь выставленного и пронированного предплечья с одновременной ротацией тела относительно оси верхней конечности; у 13 пострадавших прямой механизм травмы – падение на локтевой сустав.

Консервативный метод лечения в виде иммобилизации задней гипсовой лонгетой применен 3 пациентам.

Оперативные методы лечения, включая пострадавших, освидетельствованных в бюро по поводу травмы локтевого сустава, представлены в таблице 21.

Таблица 21

Оперативные методы лечения по поводу травм локтевого сустава

Клинический диагноз	Классификация по AO/ASIF	Количество случаев (n=30)	Метод остеосинтеза	Наличие осложнений выполненной операции
внутрисуставные переломы мыщелков плечевой кости	13B3	1	премоделированная пластина с угловой стабильностью, винты	дефекты репозиции и установки винтов (рис. 1 таблицы 22)
	13C1	2	реконструктивные пластины, винты; премоделированные мыщелковые пластины, винты	нет нет
	13C2	2	реконструктивные пластины	–
	13 C3	2	реконструктивные премоделированные мыщелковые пластины, винты	–
внутрисуставные переломы локтевого отростка	21B1	6	4 пострадавшим выполнен остеосинтез по Веберу стягивающий петлей и двумя спицами, 2 – пластиной в связи с многооскольчатым характером перелома	использование грубых спиц (рисунок 2 таблицы 22); неадекватная репозиция – диастаз между отломками; дефект репозиции и фиксации пластиной (рисунок 3 таблицы 22)
перелом венечного отростка и головки лучевой кости с вывихом костей предплечья («ужасная триада»)	21C1	1	закрытое вправление вывиха, остеосинтез головки винтами, ортезная иммобилизация с фиксацией стабилизирующего комплекса анкерными швами	нет
	21C2	2	закрытое вправление вывиха, протез головки лучевой кости; закрытое вправление вывиха, резекция головки лучевой кости, трансартикулярная фиксация спицами	нет порочная методика лечения (рисунок 4 таблицы 22)

Продолжение таблицы 21 на стр. 156, 157

Продолжение таблицы 21

Клинический диагноз	Классификация по AO/ASIF	Количество случаев (n=30)	Метод остеосинтеза	Наличие осложнений выполненной операции
перелом локтевой кости в верхней трети с вывихом головки лучевой кости (Монтеджа)	22B1	2	открытое вправление вывиха, остеосинтез локтевой кости пластиной с угловой стабильностью; открытое вправление вывиха, остеосинтез локтевой кости пластиной с угловой стабильностью с фиксаций головки лучевой кости спицей	рецедив подвывиха головки лучевой кости нет
	22A1	1	Открытое вправление вывиха, остеосинтез локтевой кости пластиной с угловой стабильностью с фиксаций головки лучевой кости спицей	нет
перелом локтевого и венечного отростков и вывих предплечья кпереди (Мальгеня)	21C1	1	открытое вправление вывиха с фиксацией локтевой кости спицами и петлей по веберу	сохраняется подвывих предплечья кпереди
	21 C3	2	открытое вправление вывиха с фиксаций локтевой кости пластиной, венечного отростка спицами и проволокой с использование биокомпозитного материала; открытое вправление вывиха с фиксацией локтевой кости пластиной	нет
переломовывих головки лучевой кости в сочетании с повреждением межкостной мембраны и дистального радиоульнарного сочленения (ЭссексЛопрести	21B2	1	–	нет
внутрисуставной перелом на уровне тела локтевого отростка, сопровождающийся вывихом головки лучевой кости (Брехта)	21A1	2	открытое вправление вывиха с фиксацией локтевой кости пластиной с угловой стабильностью	нет

Продолжение таблицы 21 на стр. 157

Окончание таблицы 21

Клинический диагноз	Классификация по AO/ASIF	Количество случаев (n=30)	Метод остеосинтеза	Наличие осложнений выполненной операции
задний вывих костей предплечья с переломом верхней трети локтевой кости и переломом головки лучевой кости	21 A3	2	открытое вправление вывиха, резекция головки лучевой кости с фиксаций локтевой кости пластиной	нет
	21C2	1	открытое вправление вывиха с фиксацией локтевой пластиной	рецидив вывиха предплечья (рисунок 5 таблицы 22)
	21C1	2	открытое вправление вывиха, фиксация локтевой кости пластиной, эндопротезирование головки лучевой	подвывих головки эндопротеза (рисунок 6 таблицы 22)
	–	–	Открытое вправление вывиха, фиксация локтевой кости пластиной, эндопротезирование головки лучевой	нет

Экстренный остеосинтез выполнен 15 пострадавшим: для 10 с переломами локтевого отростка данная тактика является общепризнанной и адекватной, так как позволяет добиться отличных функциональных результатов при правильном ее выполнении. Временной промежуток выполнения данного вида операций в среднем составил 40±7 мин. В двух случаях экстренный остеосинтез был осуществлен при мыщелковых переломах плечевой кости и в 3 – при переломовывихах костей предплечья; 22 пострадавшим (73,3%), оперативное лечение было проведено на 7 – 14 сутки с момента получения повреждения.

Количество осложнений в результате переломовывихов в локтевом суставе довольно велико и, по данным нашего исследования, составляет 13,3%. Наиболее тяжелыми являются хроническая нестабильность – 3,3%, гетеротопическая оссификация – 14,3%, развитие раннего посттравматического артроза – 16,7%, невропатии локтевого нерва – 3,7%, а наиболее частыми – контрактуры различной степени, встречающиеся в 62%.

Результаты исследования показали, что даже при выполнении оперативного лечения число осложнений и ошибок остеосинтеза значительны и составляют 26,3%.

Таблица 22

Примеры технических ошибок остеосинтеза повреждений локтевого сустава

	Рисунок 1. На рентгенограмме состояние после металлоостеосинтеза многооскольчатого перелома мыщелков плечевой кости (13В3 по AO/ASIF) с некорректным введением винтов (трансартикулярно)
 	Рисунок 2. Нарушения методики выполнения остеосинтеза по Веберу, использование слишком грубых спиц, диастаз между отломками, значительное выстояние спиц за пределы костных структур.
 	Рисунок 3. Некорректная репозиция многооскольчатого перелома локтевого отростка и фиксация пластиной с неправильным ее положением

Продолжение таблицы 22 на стр. 159

Окончание таблицы 22

	Рисунок 4. Трансартикулярная фиксация заднего вывиха предплечья при «ужасной» триаде после резекции головки лучевой кости тремя спицами. После удаления спиц сохраняется подвывих в суставе
	Рисунок 5.Рецидив заднего вывиха предплечья, после остеосинтеза локтевой кости пластиной и эндопротезирования головки лучевой кости в результате отсутствия фиксации переднего и латерального стабилизирующего комплексов
	Рисунок 6. Подвывих головки эндопротеза после открытого вправления переломовывиха в виду нарушения стабилизирующего комплекса в локтевом суставе

Существующие методики оценки результатов лечения во многом не удовлетворяют, так как они не уделяют должного внимания нестабильности локтевого сустава, комплексной оценке силовых характеристик кисти, боли, сгибательно-разгибательным и ротационным движениям предплечья.

Как показали исследования Ратьева А.П., наиболее оптимальными для использования в клинической практике оценки результатов остаточной функции локтевого сустава являются индексы работы локтевого сустава по Broberg и Morrey, так как в них отражены не только объем движений, но и наличие болевых

ощущений, нестабильности, силовых характеристики верхней конечности (таблица 23) [93, 190].

Таблица 23

Оценка результатов с помощью индекса Broberg и Morrey

Показатель	Градация оценки	Баллы
Амплитуда сгибания-разгибания	1 °	0,2
	135 ° и более	27
Амплитуда пронации	1 °	0,1
	60 ° и более	6
Амплитуда супинации	1 °	0,1
	60 ° и более	6
Сила	нет потери	20
	слабая потеря	13
	умеренная потеря	5
	тяжелая потеря	0
Стабильность локтевого сустава	стабилен	5
	слабая нестабильность	4
	умеренная	2
	сильная	0
Боль	нет	35
	слабая	28
	умеренная	15
	сильная	0

Таким образом, согласно данной шкале отличный результат исчисляется суммой баллов равной 95–100, хороший – 80–94, удовлетворительный – 60–79, неудовлетворительный – 59 и менее.

Амплитуда движений (в градусах) в локтевом суставе измерялась с помощью угломера по стандартной методике, при этом оценивались сгибательно-разгибательные и пронационно-супинационные движения. Объем движений в локтевом суставе в норме: сгибание 30–45º, и разгибание 175–180°. Измерение амплитуды вращательных движений проводилось от 0° (положения среднего между пронацией и супинацией). При этом рука должна была быть согнута в локтевом суставе под углом 90–100°.

Сопоставляя величины, полученные при измерении однородных показателей для обеих конечностей, вычисляли разницу описанных параметров. Каждый признак оценивали в баллах. Конечная оценка клинического результата определя-

лась величиной суммарного балла и показывала остаточную функцию локтевого сустава после травматического повреждения.

Проведено сравнение функционального результата лечения, на основании оценки его показателей с помощью индексов Broberg и Morrey и таблице процентов стойкой утраты общей трудоспособности, которая используется судебно-медицинской экспертизой при установлении степени тяжести вреда здоровью, причиненного человеку (таблица 24).

Таблица 24

Медико-экспертное сравнение результатов лечения

Результат	С помощью индекса Broberg и Morrey		По таблице процентов стойкой утраты общей трудоспособности	
	число больных		число больных	
	абс	%	абс	%
отличный	5	16,7	7	23,3
хороший	7	23,3	9	30,0
удовлетворительный	10	33,3	11	36,7
неудовлетворительный	8	26,7	3	10,0
всего	30	100	30	100

Приведенные в таблице сведения свидетельствуют, что клинические оценки показывают в значительно степени худший результат лечения, чем те, что выполнены на основании «Правил оценки тяжести вреда здоровью…». Это вполне допустимо, так как клинические оценки включают наличие болевого симптома, что недопустимо в судебно-медицинском анализе ввиду того, что боль понятие субъективное, также в клиническом анализе оцениваются силовые характеристики конечности, которые также не подлежат судебно-медицинской оценке, так как их легко симулировать. В правилах не отмечен такой признак как амиотрофические изменения, что является морфологическим проявлениям снижения мышечной силы конечности и подтверждается объективными методами исследования (измерением окружности конечности). Таким образом, как следует из анализа клинических данных, при оценке тяжести вреда здоровью у пострадавших с травмами костей, составляющих локтевой сустав, необходимо проводить оценку функционального состояния конечности с учетом проведенного оперативного лечения.

5.4. Медико-экспертная характеристика качества оказания медицинской помощи пациентам с травмами опорно-двигательного аппарата в сочетании с психиатрической патологией

По статистическим данным в 2011 г. в лечебные учреждения Российской Федерации за психиатрической и наркологической помощью обратились около 8 млн человек, что составило 5% всего взрослого населения страны. Именно поэтому наиболее приоритетным направлением современного здравоохранения является повышение уровня психофизического состояния здоровья, поддержания оптимальной работоспособности и профессионализма, качества жизни населения и достижения индивидуумом генетически детерминированной продолжительности жизни.

Соматические заболевания у больных с сопутствующей психической патологией имеют необычное течение. Так еще Н.И. Пирогов отмечал отрицательное влияние психических расстройств на заживление ран. Страдая долгие годы от хронической болезни, больные зачастую умирают от несвоевременно выявленного осложнения острого хирургического заболевания [111].

Травмы у пациентов с психиатрической патологией нередки, исходы лечения повреждений опорно-двигательной системы не всегда предсказуемы, могут заканчиваться развитием тяжелых осложнений и даже смертью больного. Именно поэтому повреждения опорно-двигательного аппарата у таких пациентов – сложная проблема как для диагностики, так и для лечения.

В психосоматическом отделении ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова г. Москвы в 2012–2013 гг. проходили лечение 3779 пациентов с психосоматической патологией. Их них с повреждением опорно-двигательного аппарата был 421 пациент, 62,3% – мужчины и 37,7% – женщины. Возраст больных варьировался от 17 до 95 лет, средний возраст – 45,7 года. Распределение пациентов по психической патологии: эндогенные психические заболевания, включая шизофрению; маниакально-депрессивный психоз – 105 человек; эндогенно-органическая психическая патология (эпилепсия, синильная деменция, болезнь Альцгеймера) – 55; соматогенные, экзогенные и экзогенно-органические психические расстройства (алкого-

лизм, наркомания, токсикомания, психические расстройства при черепно-мозговой травме) – 155; психогенные расстройства (реактивный психоз, невроз) – 9; патология развития личности (олигофрения, задержка и искажение психического развития) – 97 больных. Особое внимание следует обратить на лечение пациентов с алкогольным делирием. Были пролечены 98 больных с данной психопатологией – 17 женского и 81 мужского полов. С уже развившейся картиной алкогольного делирия поступили 86 человек, в стационаре делирий возник у 12 пациентов.

Повреждения опорно-двигательного аппарата включали: переломы верхней конечности (плечевой кости, костей предплечья) – 96 больных; переломы костей таза – 33; ребер – 55; позвоночника – 27; нижних конечностей – 199 (шейки бедренной кости – 21, других отделов бедра – 52, костей голени – 56, надколенника – 8, лодыжек – 23, пяточной кости – 39), раны предплечий и других локализаций – 11 человек.

Механизм травмы: падение из положения стоя («с высоты собственного роста») – 312 человек, падение с высоты более 1,5 м – 97, ДТП (дорожно-транспортное происшествие) – 12 больных. Большая часть пациентов поступила из психоневрологического интерната, где они были на лечении или на постоянном проживании. У большинства из них травма связана с падением из положения стоя. В основном это лица пожилого возраста, а также молодые пациенты с тяжелой умственной отсталостью. Из повреждений опорно-двигательного аппарата преобладали переломы проксимального отдела бедренной кости, шейки плечевой кости, лучевой кости в типичном месте, голени, лодыжек, наколенника. С травмами от падения с высоты более 1,5 м пациентов доставляли в основном с алкогольным или токсическим делирием, в состоянии реактивного или маниакально-депрессивного психоза. Эта группа больных была наиболее сложной, так как в основном у них преобладала тяжелая сочетанная травма. Повреждения опорно-двигательного аппарата у данной группы включали повреждения таза, позвоночника, пяточной кости, костей предплечья, плечевой и бедренной костей. С травмами в результате ДТП были больные, поступившие в состоянии алкогольного

опьянения, пешеходы, у которых на 3-и сутки пребывания в стационаре развилась картина алкогольного делирия.

Проведен медико-экспертный анализ 20 МКСБ, отягощенных психиатрической патологией, пострадавших с травмами ОДА, проходивших лечение в отделении психосоматики в период 2012 – 2013 гг. При этом анализировались такие показатели, как объем выполненных диагностических и лечебных мероприятий, допущенные при этом ошибки.

Несомненно, применение диагностических методов исследования у данного контингента потерпевших имеет свои особенности. Клинический осмотр зачастую затруднен из-за отсутствия жалоб либо, наоборот, гиперчувствительности, ввиду чего особое внимание следует уделять обстоятельствам полученной травмы. Диагностические ошибки были допущены в 3 случаях (10,0%). В 2 случаях были пропущены переломы в области проксимального отдела бедренной кости, в 1 случае – перелом пяточной кости со смещением. Таким образом, при осмотре данного контингента больных необходимо оценивать наличие гематом, кровоподтеков, ссадин, ран, деформаций в области повреждения, наличие патологической подвижности, крепитации костных отломков. Ко всем пострадавшим был применен метод рентгенологического обследования, при необходимости выполнялась компьютерная томография (КТ) в случаях сомнения рентгенологической картины переломов костей таза, пяточной кости, позвоночника. В обязательном порядке назначалась КТ головного мозга при повреждениях мягких тканей волосистой части головы или высокоэнергетических травмах (падение с высоты, ДТП).

При сочетанной травме, кататравме, травме в результате ДТП также выполняли ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Показанием для УЗИ у пациентов с психическими заболеваниями являлись высокие цифры лейкоцитов в общем анализе крови.

Известно, что большая часть пациентов этой группы принимают нейролептические препараты, которые приводят к дисбалансу системы иммунитета, нарушениям в работе сердечно-сосудистой системы. Ввиду этого всем пациентам при поступлении выполняли ЭКГ и проводили осмотр терапевтом. Основным вопро-

сом при оказании стационарной помощи у пациентов с психиатрической патологией, получивших травму опорно-двигательного аппарата, является тактика лечения переломов, выбор которой во многом зависит от тяжести психического статуса пациента. Тяжелое психическое состояние определяется наличием выраженной продуктивной симптоматики: галлюцинаторно-параноидной, синдромов расстройства сознания или признаков грубого апатоабулического и органического слабоумия.

Наложение гипсовых лонгетов применили 17 пациентам. Анализ материала показал, что этот метод иммобилизации у данной категории пострадавших оказывается несостоятельным, поскольку они самостоятельно снимали повязки, и даже при ежедневной повторной фиксации не удавалось достичь хорошего результата, что было отмечено в 8 случаях (26,7%). Нередко наложение гипсовых лонгет приводило к грубым трофическим нарушениями, что отмечено в 7 случаях (23,3%).

Таким образом, считаем целесообразным использование у больных психиатрического профиля двухлонгетных гипсовых повязок или рассеченных гипсовых циркулярных повязок, хорошо «подхваченных» для исключения развития трофических нарушений.

Проведение раннего остеосинтеза у данной категории пострадавших сопряжено с рядом трудностей, не только в клиническом плане, но и в медико-правовом отношении. Значительная часть пострадавших 35% были недееспособными гражданами и выполнение им оперативных вмешательств возможно лишь с разрешения самого пострадавшего, опекунов или консилиума врачей с получением данных из суда о недееспособности (статья 11 ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» с изменениями на 8 марта 2015 г.) [1], что удлиняет сроки выполнения оперативных вмешательств.

При диафизарных переломах был использован интрамедуллярный остеосинтез блокируемыми штифтами. Преимущества данного метода для этой категории больных: более жесткая фиксация, минимальное повреждение кожных покровов, отсутствие необходимости в уходе за фиксаторами, возможность ранней функциональной нагрузки на конечность.

Клинический пример № 10.

Пациент К., 43 года, страдает шубообразной шизофренией. На фоне алкоголизации и развития алкогольного делирия произошло обострение галлюцинаторно-бредового синдрома. При падении с высоты более 1,5 м получил перелом левой плечевой кости. Сообщал, что под лонгетом живет черный кот, который его царапает. Пациент неоднократно снимал гипсовую иммобилизацию, что привело к развитию фликтен (рисунок 37). В условиях психосоматического отделения проводились ежедневные перевязки, седативная терпаия, на фоне которой состояние пациента стабилизировалось, галлюцинаторно-бредовый сидром купирован, что позволило выполнить остеосинтез перелома плечевой кости штифтом с блокированием (рисунок 38).

Рисунок 37. Левая верхняя конечность с развитием обширных фликтен у пациента К. до операции

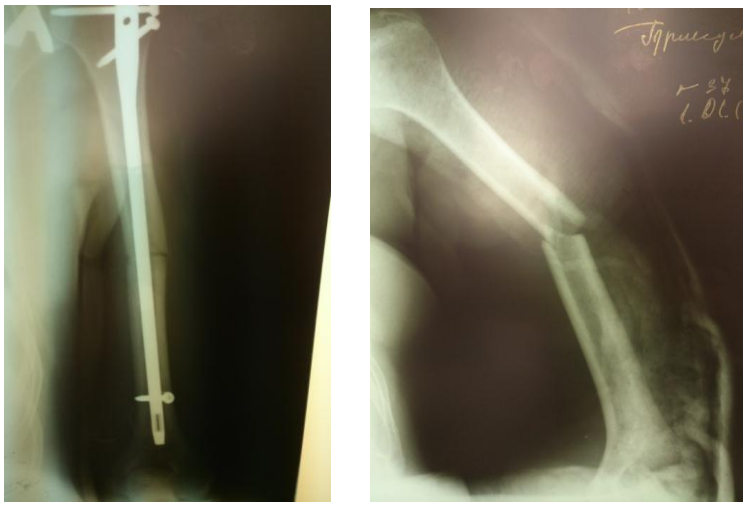


Рисунок 38. Ренгенограммы левого плеча до и после операции

Использование аппаратов внешней фиксации для этой категории больных считаем менее приемлемым. Особенности их психического статуса затрудняют

адекватный уход за компонентами аппарата, к тому же пациенты могут самостоятельно демонтировать конструкции внешней фиксации, тем самым, осложнив лечение. Применение аппаратного остеосинтеза возможно лишь при тяжелых открытых повреждениях как метод временной фиксации больных с заведомо предвиденным регрессом психического состояния.

Использование у пациентов психиатрического профиля таких методов лечения как скелетное вытяжение недопустимо ввиду наличия у большинства больных психомоторного возбуждения или гиподинамии с быстрым развитием гипостатических осложнений.

Результаты анализа медицинских документов стационара показали, что с психическими расстройствами пострадавшие с внутрисуставными повреждениями оперировались редко, в основном был использован метод гипсовой иммобилизации и ранней функциональной реабилитации.

Шести пострадавшим, получившим механические повреждения на фоне алкогольного опьянения вследствие многодневного запоя, при поступлении в стационар без проведения седативной терапии было налажено скелетное вытяжение, что является ошибочной тактикой. В данном случае в первую очередь необходимо было назначить седативную терапию и воздержаться от скелетного вытяжения, а при невозможности его избежать, например, при переломах бедренной кости, показан ранний остеосинтез с последующим в целях купирования алкогольного делирия наблюдением пациента в условиях отделения реанимации. По данным медицинских документов метод раннего остеосинтеза был применен у двух пациентов с переломом бедренной кости и у трех – с переломом костей голени. Применялась внутрикостная фиксация: штифты с блокированием – 7 пациентам и аппараты наружной фиксации в связи с наличием открытых повреждений конечностей – 4 пострадавшим.

Клинический пример № 11

Пациент А., 42 года. Поступил в стационар после падения с 6-го этажа жилого дома на фоне алкогольного делирия, была диагностирована тяжелая сочетанная травма: закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга, открытый многооскольчатый переломовывих левого локтевого сустава (рисунок 39), перелом лучевой

кости в типичном месте слева, нестабильный перелом таза, переломы лонной и седалищной костей с обеих сторон, переломы боковых масс крестца, перелом пяточной кости слева с незначительным смещением. В связи с открытым характером повреждения в области левого локтевого сустава наложены аппараты внешней фиксации на левую верхнюю конечность (рисунок 40), С-рама на таз, проведена фиксация перелома пяточной кости глубокой задней хорошо подхваченной гипсовой лонгетой. Пациент до купирования психомоторного возбуждения находился в отделении реанимации.

Рисунок 39. Левая верхняя конечность пациента А. до операции

Рисунок 40. Левая верхняя конечность пациента А. после наложения аппаратов внешней фиксации

Таким образом, анализ результатов лечения пациентов с повреждением опорно-двигательного аппарата и сопуствующей психиатрической патологией свидетельствует, что применение раннего остеосинтеза у этой группы больных

позволяет снизить риск развития гипостатических осложений и улучшить качество их жизни и способность к самообслуживанию.

ГЛАВА 6.

МЕДИКО-ЭКСПЕРТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПОСТРАДАВШИМ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

6.1. Анализ структуры и влияние качества ведения медицинской документации по результатам проведения СМЭ определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека

В случаях причинения вреда здоровью потерпевшему, связанного с противоправными действиями, в уголовном судопроизводстве возникает необходимость проведения судебно-медицинской экспертизы, результаты которой используются органами дознания, следствия и суда для установления состава преступления и его юридической квалификации. Поэтому при ненадлежащем ее выполнении вследствие недостаточных или противоречивых сведений медицинской документации экспертные выводы могут повлиять на своевременность и правильность действий правоохранительных органов при юридической оценке состава преступления.

При определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, применяются такие медицинские критерии как опасность для жизни повреждений и/или состояний, стойкая утрата общей, профессиональной трудоспособности, расстройство здоровья в зависимости от его длительности. Причем, определяя степень тяжести вреда здоровью, критерии временной и постоянной утраты трудоспособности применяются только к повреждениям и состояниям, не угрожающим жизни пострадавшего. Перечень опасных для жизни повреждений и состояний приводится в приказе Минздравсоцразвития РФ от 24 апреля 2008 г № 194н

«Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» [9]. Наибольшие сложности возникают при юридической оценке неопасных для жизни и здоровья повреждений, которые требуют длительного лечения, и в исходе их может наступить стойкая утрата общей трудоспособности. В судебно-медицинской экспертной практике длительность расстройства здоровья рассматривается с позиции морфофункционального течения процессов заживления, т.е. времени, прошедшего от момента причинения травмы до полного восстановления нарушений анатомической целостности тканей и органов с учетом времени функционального восстановления. В ряде случаев могут быть применены сроки временной трудоспособности лечения механического повреждения. Однако, к ним нужно относиться критически, поскольку при выдаче листка временной нетрудоспособности могут учитываться не имеющие отношения к травме соматические заболевания и различные социальные факторы, в то время как квалификация вреда здоровью определяется при наличии прямой причинной связи между причиненной механической травмой и ее исходом в виде расстройства здоровья или развития постоянной утраты трудоспособности.

Как показывает практика, в большинстве случаев судебно-медицинские экспертизы потерпевшим с травмами мягких тканей, внутренних органов и костей скелета проводятся по медицинским документам медицинских организаций, когда потерпевшим были оказаны различные лечебные мероприятия, изменяющие первичный вид и характер повреждений. В этой связи правильность ведения медицинской карты, как юридического документа, имеет важное значение для экспертизы при решении вопросов наличия и характера повреждений, механизма, давности и условий их образования, течения травматического процесса с момента обращения пострадавшего за медицинской помощью до выписки из стационара.

Для оценки влияния качества ведения медицинской документации на заключение СМЭ в отношении пострадавших, которым проводились комиссионные судебно-медицинские экспертизы с целью определения степени тяжести причиненного вреда их здоровью, были проанализированы 250 заключений эксперта. К проведению экспертиз в качестве эксперта привлекался врач-травматолог. В

большинстве случаев повреждения не были опасными для жизни и здоровья потерпевших, но вызывали длительное расстройство здоровья. Привлечение к работе специалиста в области травматологии было обусловлено оценкой записей в медицинской документации, которые содержали противоречивую информацию о характере телесных повреждений, правильности и обоснованности проведенных лечебно-диагностических мероприятий. Несомненно, привлечение в этих случаях специалиста клинического профиля приводит к необоснованным дополнительным финансовым затратам для государственного судебно-экспертного учреждения и увеличению сроков производства экспертиз.

Результаты нашего анализа показали, что по условиям получения травмы дорожно-транспортные происшествия были в 161 случаях (64,4%): наезд на пешехода – 124 (49,6%); 37 (14,8%) – водители. Причинением повреждений вследствие противоправных действий – 59 случаев (23,6%). Прочая травма (падения в общественном месте, производственные травмы и др.) – 30 случаев (12,0%).

Из общего числа 142 (56,8%) пострадавших лечились в стационарно: у 97 (38,8%) сроки госпитализации составили более 1 койко-дня, а в 45 (18,0%) случаях пострадавшие были осмотрены и отпущены из стационара на амбулаторное лечение. В травматологических пунктах по месту проживания (в том числе после стационарного этапа лечения) – 207 (82,8%) человек и 43 (18,2%) – в коммерческих клиниках. Бригадами скорой медицинской помощи в стационар было доставлено 137 (54,8%) человек; 113 (45,2%) – обратились самостоятельно в различные медицинские учреждения (поликлинику, травматологический пункт, частную медицинскую клинику).

По характеру повреждения были выставлены следующие диагнозы: повреждения связочного аппарата различной локализации – 128 случаев (51,2%); раны различной локализации – 18 случаев (7,2%), гематомы мягких тканей различной локализации – 30 случаев (12,0%); ушибы мягких тканей различной локализации, в том числе краш-синдром – 46 случаев (18,4%); переломы, вывихи и разрывы мышц – 17 случаев (6,8%); посттравматический артроз различной локализации –

11 случаев (4,4%). Распределение повреждений в зависимости от локализации, характера и тяжести вреда здоровью представлено в таблице 25.

Таблица 25

Распределение повреждений в зависимости от локализации, характера и оценки тяжести вреда здоровью

Наименование области повреждения	Всего СМЭ	Лечение более 3 нед	Вред здоровью				Не оценен
			не вызван	легкий	средней тяжести	тяжкий	
повреждение связочного аппарата ключично-акромиального сочленения	8	8	8	0	0	0	0
повреждение связочного аппарата коленного сустава	52	46	37	9	3	1	2
повреждение связочного аппарата шейного отдела позвоночника	10	10	9	1	0	0	0
повреждение связочного аппарата плечевого сустава	19	0	16	1	1	0	1
повреждение связочного аппарат голеностопного сустава, стопы	30	28	24	2	1	1	2
повреждение связочного аппарат лучезапястного сустава, кисти	9	7	7	0	2	0	0
ушиб грудной клетки	9	6	7	2	0	0	0
ушибы поясничного отдела позвоночника	9	9	7	1	1	0	0
ушибы тазобедренного сустава	9	7	8	0	1	0	0
ушибы копчика	3	3	3	0	0	0	0
ушибы сдавление мягких тканей стопы	13	12	9	3	1	0	0
гематомы различной локализации	30	32	6	15	6	0	3
раны различной локализации	18	15	1	12	2	0	3
разрывы мышц	8	8	4	1	0	0	3
Посттравматические артрозы различной локализации	11	11	11	0	0	0	0
краш-синдром	3	3	3	0	0	0	0
вывихи суставов	3	3	0	0	3	0	0
переломы различной локализации	6	6	2	0	2	2	0
Итого	250 100%	214 86,0%	162 64,8%	47 18,8%	23 9,2%	4 (1,6%	14 5,6%

Как показал анализируемый материал, диагнозы были подтверждены лишь в 74 случаях (29,6%). При этом вред здоровью в зависимости от степени тяжести распределился так: легкий – 47 случаев (18,8%), средний – 23 случая (9,2%), тяжкий – 4 случая (1,6%), без вреда – 162 случая (64,8%), вред здоровью не подлежал оценке в 14 случаях (5,6%), что представлено на диаграмме (рисунок 41).

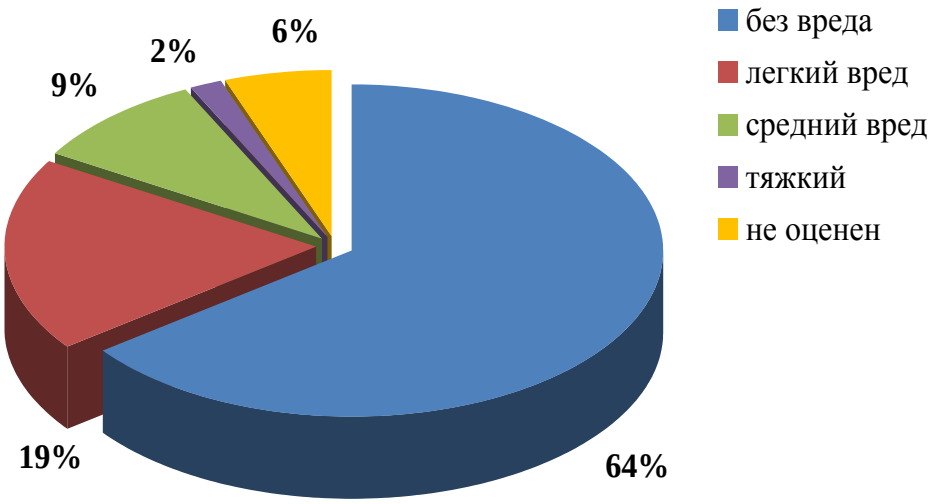


Рисунок 41. Распределение экспертиз в зависимости от степени тяжести вреда здоровью

При проведении экспертной оценки выявлены множественные дефекты в описании клинической картины, а также в наличии доказательной базы указанных повреждений. Анализ медицинской документации, включая МСКБ, амбулаторные карты, данные рентгенологических методов исследования и др. показал следующие недостатки:

1) отсутствие в описании локального статуса при выставленном диагнозе какого-либо травматического повреждения, указания на телесные повреждения (ссадин, кровоподтеков, гематом, ран), что было отмечено в 148 случаях (59,2%). Практический опыт показывает, что при травме в первый час после ее получения на кожных покровах не всегда имеются следы кровоподтеков, диагноз гематомы также бывает установить трудно. Однако, если телесные повреждения не описываются на 2 и 3 сутки с момента получения травмы, то можно говорить либо о неверно сформулированном диагнозе, либо о не травматическом характере болевых ощущений;

2) некорректное описание телесных повреждений – 51 случай (20,4%). Например: «...кровоподтеки выглядят согласно времени образования...» или «...выраженный темно-синий отек в основании пальцев левой стопы...»;

3) разночтения описания кровоподтека и гематомы в 99 случаях (39,6%), т.е. у врача-травматолога отсутствует четкость представления дефиниции между кровоподтеком (под которым подразумевается кровоизлияние, пропитывающее подкожную клетчатку) и гематомой (полость, содержащая жидкую или свернувшуюся кровь). Результаты анализа свидетельствуют, что такие записи можно встретить как при описании телесных повреждений врачами-травматологами с небольшим опытом работы, так и в описании локального статуса уже опытными докторами (с более чем 5-летним стажем деятельности по специальности травматология-ортопедия). В 85 случаях (34,0%) выявлено, что травматологами употребляется обобщенный термин «ушиб мягких тканей», который вообще не содержит суть (морфологию) конкретного вида повреждения, поэтому не подлежит судебно-медицинской оценке;

4) ошибочная диагностика ряда повреждений, когда в случаях ссадины выставляется диагноз раны – 15 случаев (6,0%);

5) несовпадение клинических диагнозов отмечено у 17 (6,8%) пациентов, находившихся на излечении в разных медицинских организациях;

6) в каждом втором случае из-за отсутствия описания групповых и индивидуальных свойств ран невозможно судить о ее характере: колотая, резаная, колото-резаная, рубленая, пиленая, ушибленная (15 случаев – 6,0%); в 3 случаях (1,2%) при описании ран разными специалистами в пределах одной медицинской организации была указана разная ее локализация.

Особое внимание заслуживает обоснование клинического диагноза у 128 потерпевших с повреждениями связочного аппарата суставов. Результаты наших исследований свидетельствуют, что наиболее частые повреждения капсульно-связочного аппарата выставляются при травмах коленного сустава – 52 случая (40,6% из 128 потерпевших), голеностопного сустава – 30 случаев (23,4%), плечевого сустава – 19 случаев (14,8%), акромиально-ключичного сочленения (АКС) –

8 случаев (6,3%), шейного отдела позвоночника –10 случаев (7,8%), лучезапястного сустава и кисти – 9 случаев (7,1%).

У каждого третьего пострадавшего (29,8%) отсутствовали указания о характере повреждения – растяжение, разрыв, частичный разрыв, а выставленный клинический диагноз не соответствовал жалобам пациентов и данным клинической симптоматики. Например, «...сегодня много ходила, и нога опять заболела и отекла. Сосудистой и неврологической патологии не выявлено. Осевая нагрузка безболезненная. Ходит с полной нагрузкой на ногу, без дополнительной опоры. Стопа отечна + 0,5 см. Движения в полном объеме. На рентгенограмме – негатоснимка нет, снимки плохого качества, перелом не виден. Диагноз: перенапряжение связок левой ноги (отечно-болевой синдром)...».

В 8 экспертизах (3,2% от общего числа экспертиз, 7,1% от числа экспертиз, с выставленным по медицинским документам диагнозом повреждения капсульно-связочного аппарата суставов) по поводу травмы области АКС, где экспертной оценке подвергались диагнозы – частичное повреждение АКС (2 случая) и разрыв АКС – 6 случаев, ни в одном случае травматологом не был точно указан тип повреждения с наименованием связочных структур, хотя, по данным литературы, известно 6 типов повреждения АКС: растяжение; разрыв ключично-акромиальных связок с подвывихом ключицы; разрыв ключично-акромиальных и клювовидно-ключичных связок, полный вывих ключицы; полный вывих с задним смещением через трапециевидную мышцу; полный вывих с увеличением расстояния между клювовидным отростком лопатки и ключицей в 2 – 3 раза; полный нижний вывих ключицы под акромион или под клювовидный отросток [324]. У 4 пациентов не отмечено, имелись ли телесные повреждения в области травмы плечевого сустава, что имело экспертное значение для определения механизма травма АКС. Было ли прямое ударное воздействие в область плечевого сустава или травма его связана от приложения силы на отдалении, например в область локтевого сустава при приведенной руке. В данном случае при решении этого вопроса возникли сложности юридической квалификации состава преступления, т.е. получил ли потерпевший травму плечевого сустава от непосредственного удара пред-

метом в эту область, либо при самопроизвольном падении. Таким образом, во всех случаях степень тяжести была определена как без вреда для здоровья, ввиду отсутствия достоверных результатов клинического и инструментального обследований.

В частности, в 4 случаях отсутствовали результаты детального обследования, указывающие на клинические проявлений травмы АКС: у 5 пациентов указано, что симптом «клавиши», патогномоничный для данного повреждения, положительный, а в 3 – он отрицательный, не была приведена клиническая симптоматика, которая бы подтверждала выставленный диагноз. При таких упущениях судебно-медицинская экспертиза была вынуждена отказаться от дачи заключения о характере и механизме образования повреждений. В то же время, врачом-специалистом следовало применить другие диагностические приемы, так как при нечетком симптоме «клавиши» можно провести так называемый тест «скрещенных рук», описанный Г.П. Котельниковым, когда больного просят расслабить мышцы плечевого пояса, а затем максимально привести руки, скрещивая их перед собой, при этом лопатка смещается к средней линии и акромион выдавливает ключицу кверху [121]. Кроме того, во всех наблюдениях рентгенография проведена лишь в стандартной переднезадней проекции со стороны повреждения. В описании снимков в 4 случаях отмечено увеличение суставной щели АСК, что является неубедительным показателем, так как по сведениям различных источников ширина суставной щели АСК в норме колеблется от 1 до 3 мм, а при рентгенографии в этой проекции установить истинный размер ширины щели невозможно, поскольку не прослеживаются в достаточной мере нижний край ключицы и акромиона [65]. Наряду с этим, для подтверждения диагноза ни в одном из случаев не была проведена рентгенография сустава с нагрузкой (когда пациент берет в обе руки груз 3 – 5 кг и ему делается снимок в прямой проекции): увеличение расстояния между нижним краем ключицы и верхним краем клювовидного отростка до и после нагрузки на 25 – 30% в сравнении со здоровой рукой может подтвердить диагноз полного разрыва ключично-клювовидных связок [65].

При экспертной оценке повреждений голеностопного сустава было проведено 30 судебно-медицинских экспертиз (12,0% от общего числа экспертиз и 23,4% – от числа экспертиз с выставленным по медицинским документам диагнозом повреждения капсульно-связочного аппарата суставов), среди которых ушибы составили 7 случаев, растяжение связок – 12, разрыв или частичное повреждение связок голенного сустава – 4 случая, «повреждение связок» – 2, дисторсия связок – 1, перелом наружной лодыжки – 3, посттравматический артрит – 1 случай. При этом в 60,0% наблюдений сведения о наличии телесных повреждений в этой области отсутствовали. Несмотря на это, во всех случаях выполнена лишь рентгенография в стандартных передней и боковой проекциях. Ни в одном случае не было сделано УЗИ или МРТ для подтверждения диагноза. В 27 случаях диагноз установлен лишь на основании жалоб пациента на ощущение болезненности без соответствующих клинико-диагностических доказательств. В одном случае выполнена МСКТ, на которой выявлен перелом наружной лодыжки, квалифицированный как вред здоровью средней степени тяжести.

Следует отметить тот факт, что ни в одном случае не определено наименование поврежденной связки (передняя таранно-малоберцовая, пяточно-малоберцовая, задняя таранно-малоберцовая), что является важным аспектом, при диагностике и уточнении диагноза, имеющим значение для установления механизма и условий образования травмы. По данным литературы разрыв происходит из-за превышения допустимой нагрузки при ротации и варусной деформации таранной кости [65]. При этом связки могут разрываться или отрываться на протяжении, вовлекая в зону разрыва капсулу сустава. Наиболее часто рвется передняя таранно-малоберцовая связка, изолированно или сочетано с пяточно-малоберцовой, а телесные повреждения в виде кровоподтеков, гематом всегда располагаются в местах прикрепления связок.

Диагноз повреждения связок коленного сустава выставлен в 52 случаях (20,8% от общего числа экспертиз). В 40,3% в медицинских картах отсутствовали записи о наличии наружных повреждений в области сустава, как при первичном, так и последующих осмотрах врача-травматолога. В основном пострадавшие в

94% – 49 случаях получили травму во время ДТП: пешеходы – 42; водители и пассажиры – 7; криминальная травма – 3 случая.

Таблица 26

Степень тяжести вреда, причиненного здоровью пострадавшего, в зависимости от характера повреждений коленного сустава

Наименование диагноза	Число экспертиз	Степень тяжести вреда			Без вреда	Не оценен
		легкий	средний	тяжкий		
ушиб, гемартроз коленного сустава	9	5	0	0	4	0
ушиб коленного сустава	13	4	0	0	9	0
разрыв внутренней боковой связки	9	0	2	0	7	0
разрыв связок коленного сустава	3	0	0	0	3	0
разрыв мениска	4	0	1	0	3	0
разрыв ПКС	4	0	0	0	4	0
посттравматический синовит коленного сустава	2	0	0	0	0	2
посттравматический артроз коленного сустава	2	0	0	0	2	0
вывих надколенника	1	0	0	0	1	0
растяжение связок коленного сустава	4	0	0	0	4	0
перелом наружного мыщелка большеберцовой кости с переходом на межмыщелковое возвышение	1	0	0	1	0	0
Итого:	52 100%	9 17,3%	3 5,7%	1 1,9%	37 71,1%	2 3,8%

У 18 пострадавших с травмой коленного сустава было выполнено МРТ и у 7 – УЗИ-исследование. При этом МРТ сделано в течение первой недели после травмы в 7 случаях (36,8%), в 11 случаях – спустя месяц и более. В половине наблюдений (26 случаев) клинический диагноз выставлялся на основании болезненных ощущений, возникающих при пальпации области коленного сустава. Показательным может служить следующая запись в амбулаторной карте: «…гематома в верхней трети правой голени «цветет». Визуально правый коленный сустав не изменен. Симптом «баллотации надколенника» и «выдвижного ящика» отрицатель-

ный. Отмечается незначительная болезненность в проекции внутренней боковой связки правого коленного сустава. Правый коленный сустав иммобилизован тутором, не беспокоит. Диагноз: повреждение внутренней боковой связки…». В данной записи, во-первых, некорректно описаны телесные повреждения, во-вторых, при описании клинической картины не отражена патогномоничная симптоматика повреждения внутренней боковой связки («вальгус теста») [65].

Как показывает клиническая практика, диагностика травматического повреждения связочного аппарата коленного сустава в остром периоде травмы затруднена из-за болевого синдрома и связанного с ней гипертонуса мышц, что ограничивает как активные, так и пассивные движения в суставе. Диагноз повреждения внутренней боковой связки коленного сустава правильно устанавливается лишь в 23% случаев. Для точной диагностики имеет значение выяснение условий получения травмы; проведение тестов с отведением голени с одновременной наружной ротацией; выяснение локализации боли в момент травмы; наличие деформации сустава; ощущение «треска» в зоне повреждения, а при осмотре конечности – наличие кровоподтеков и осаднений. Наличие гемартроза при повреждении связок медиального отдела по литературным данным встречается в 37% случаев. Причем по данным некоторых авторов, чем больше по объему гемартроз, тем тяжелее повреждения. Деформация сустава в виде «вальгусной» или «варусной» деформации является безусловным свидетельством полного разрыва соответствующих коллатеральных связок. Подтверждением диагноза считается МРТ-исследование или УЗИ коленного сустава.

Согласно заключений эксперта, оформленных по результатам судебно-медицинских экспертиз, повреждения стопы представлены 13 случаями (5,2% от общего числа всех экспертиз), в 9 случаях клинические диагнозы подтверждены не были в виду отсутствия указаний на наличие каких-либо телесных повреждений в этой области и во всех случаях результаты УЗИ и/или МРТ-исследований также отсутствовали. Обращает внимание, что совершенно необоснованно в травмпунктах ставились такие диагнозы как «синдром сдавления мягких тканей стопы» и «краш-синдром». Основанием постановки такого диагноза в качестве

примера может служить следующая запись: «…состояние удовлетворительное. Соматический статус без особенностей. По данным рентгенограмм правой стопы отчетливых данных за костно-травматические изменения не выявлено. Диагноз: частичное повреждение связочного аппарата правой стопы. Краш-синдром. Компартмент-синдром. Ссадина правой стопы…». Несомненно, данная запись не только не предполагает какой-либо клинической картины повреждения, но и свидетельствует о неправильном толковании вышеназванного синдрома, который определяется как патологическое состояние, развивающееся у пострадавших в результате длительного (4 – 8 часов и более) раздавливания мягких тканей конечностей, всасывания в кровь токсических веществ из очага поражения, что приводит к поражению почек с развитием острой почечной недостаточности [26].

Проведение судебно-медицинских экспертиз по поводу травм в области плечевого сустава составили 19 (7,6%) случаев, среди которых преобладали повреждения связочного аппарата. В рамках повреждений области плечевого сустава встречались следующие формулировки диагнозов: посттравматический артроз, задний вывих плеча, растяжение связок плечевого сустава, теносиновит длинной головки бицепса, частичный разрыв связок правого плечевого сустава, ушиб плечевого сустава, частичное повреждение связок плечевого сустава, синдром прижатия сухожилия надостной мышцы, тендинит сухожилия подлопаточной мышцы, повреждение связок плечевого сустава. Анализ материала показал, что диагнозы в 16 случаях подтверждены не были или связать наличие выявленных патологических изменение с травмой не представлялось возможным, ввиду отсутствия клинической симптоматики, телесных повреждений.

В одном наблюдении в стационаре через 2 дня после травмы был диагностирован задний вывих плеча. В экспертном плане этот случай заслуживает особого внимания, так как задний вывих является редким повреждением и диагностика его трудна, поскольку он сопровождается скудной клинической картиной, требует выполнения рентгенограмм в аксиальной проекции по классической методике [65]. В данном случае клиническая картина описана достаточно четко, с указанием патогномоничных для вывиха симптомов («сглаженность контуров

правого плечевого сустава, западение по передней поверхности сустава. Движения в левом плечевом суставе невозможны из-за болей и «пружинящего» сопротивления»). Однако случай потребовал экспертного обоснования выставленного лечащим врачом стационара клинического диагноза в связи с неубедительным описанием врачом-рентгенологом рентгенологической картины. Запись врача рентгенолога, изучавшего рентгенограмму плечевого сустава, выполненную в переднезадней проекции, когда задний вывих часто не диагностируется, была ограничены лаконичной записью – «положение в суставе правильное, уплощение суставных отделов плеча», поэтому был сделан снимок в аксиальной проекции, на котором четко визуализируется задний вывих. Проведено вправление заднего вывиха плеча по Моту и выполнена МРТ-диагностика, на котором выявлены характерные внутрисуставные изменения после перенесенного вывиха плеча в виде «разрыва передней суставной губы с повреждением средней суставной плечевой связки. Повреждение сухожилия надостной мышцы. Выпот в плечевом суставе».

В 5 случаях проведение судебно-медицинской экспертизы было связано с определением степени вреда, причиненного здоровью потерпевших, обратившихся по поводу ушибов плечевых суставов. Лишь в двух случаях клинический диагноз был подтвержден клинической симптоматикой (наличие кровоподтека в области плеча, его отека, резкое ограничение амплитуды движений) и МРТ, на котором выявлены контузионные очаг в области головки плечевой кости и выпот в полости суставе. Выставленный в двух случаях клинический диагноз – посттравматический артрит плечевого сустава, подтвержден не был, так как имевшиеся рентгенологические признаки указывали на изменения, наблюдающиеся при деформирующем остеоартрозе в нем, а клиническая симптоматика не соответствовала острому травматическому повреждению.

Таким образом, результаты исследований свидетельствуют о существенных упущениях ведения и оформления медицинской документации, неверных подходах к диагностике повреждений связочного аппарата, что затрудняет экспертную оценку установления механизма, условий и давности образования телесных повреждений. Отметим, что на правильность установления и формулирования кли-

нического диагноза травматических повреждений связочного аппарата крупных суставов отрицательно сказывается отсутствие единых стандартов оказания помощи пациентам с этими видами травмы, недостаточный профессиональный уровень врачей, оказывающих медицинскую помощь пострадавшим.

6.2. Анализ причин неблагоприятных исходов и профессиональных ошибок в травматологии по материалам комиссионных судебно-медицинских экспертиз

В отделе комиссионных СМЭ Бюро СМЭ ДЗ г. Москвы в период с 2012 по 2014 гг. было проведено 325 судебно-медицинских экспертиз по материалам дел, возбужденных следствием и судами о возмещении ущерба, причиненного пациентам в связи с некачественным оказанием им медицинской помощи в медицинских организациях г. Москвы и регионов страны. По годам экспертизы распределились следующим образом: в 2012 – 77, в 2013 – 117 и в 2014 – 131 экспертиза. Приведенные данные свидетельствуют о неукоснительном росте количества судебно-медицинских экспертиз, связанных с юридической оценкой качества оказания медицинской помощи. Распределение экспертиз по медицинским специальностям представлено на рисунке 42. При этом по специальности травматология и ортопедия выполнено 38 комплексных СМЭ.

Таким образом, лидирующее место составляют экспертизы акушерско-гинекологического, неонатологического, хирургического, травматологического и реанимационного профиля. Причем, в 17 случаях в рамках проведения одной СМЭ оценивалась помощь по нескольким клиническим профилям.

Из 38 заключений комплексных экспертиз в отношении пострадавших с травмами ОДА 12 проведены в рамках уголовных дел, 10 – по гражданским делам и 16 – в порядке проверки заявлений пациентов на качество оказания МП (рисунок 43).

Больший процент занимают экспертизы по материалам проверок следственными органами качества оказания медицинской помощи пострадавшим в связи с обращениями граждан. Практически все проведенные экспертизы касались рабо-

ты ЛПУ с государственной формой собственности – 97,4%, лишь в 2,6% комиссионная СМЭ по качеству оказания МП пострадавших с травмами ОДА затрагивала медицинские организации с частной формой собственности.

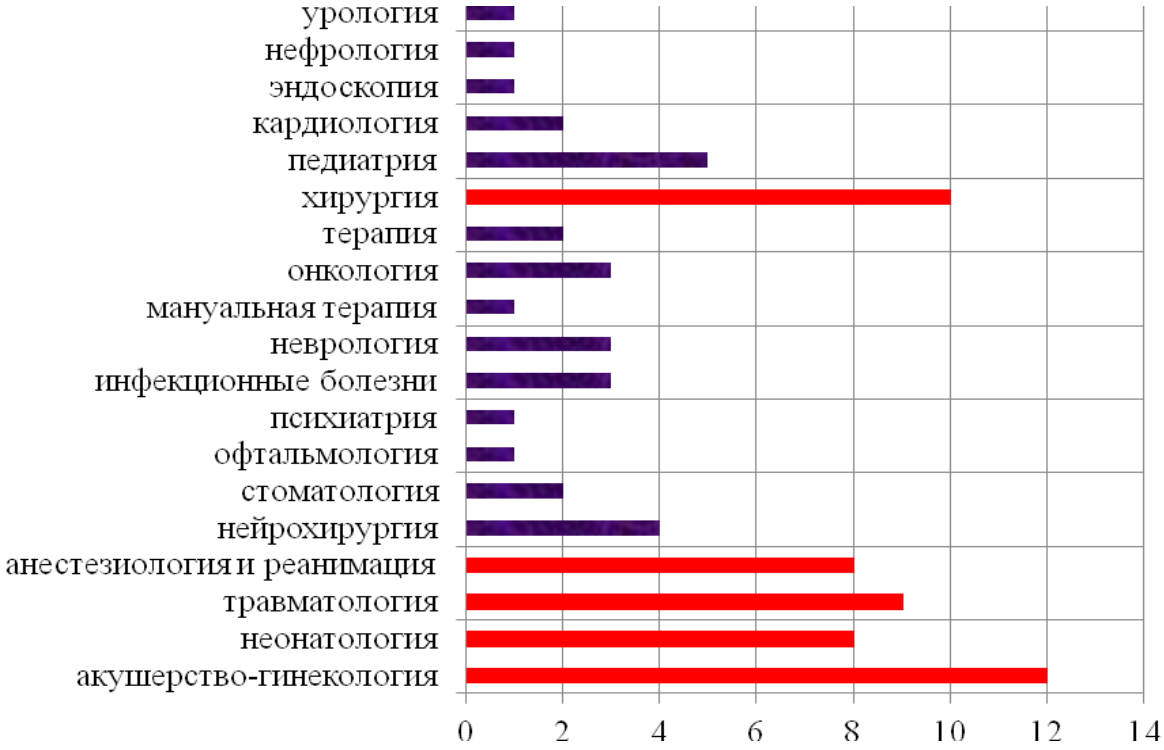


Рисунок 42. Распределение экспертиз по медицинским специальностям

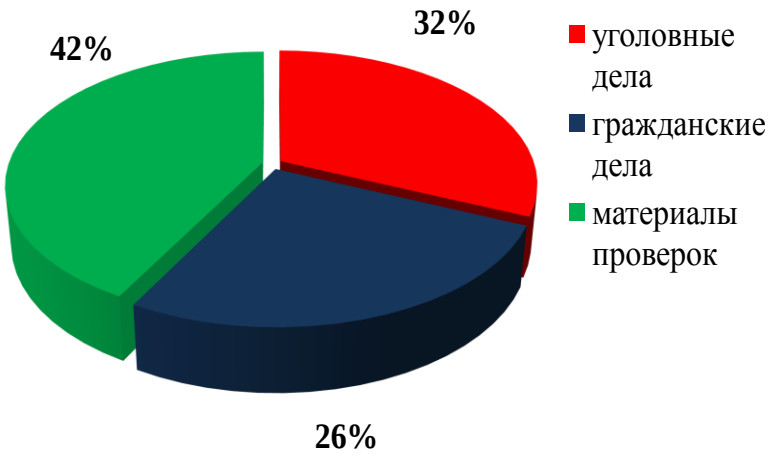


Рисунок 43. Распределение экспертиз по видам судопроизводства

В рамках проведения комиссионной СМЭ при анализе как историй болезни стационарного больного, так и амбулаторных карт особое внимание обращается

на следующие составляющие: соответствие выставленного диагноза МКБ-10; наличие исправлений, подчистки, наклейки в медицинской документации, которые могут рассматриваться как позднее внесенные умышленно изменения в записи; описание местного статуса; характер повреждения ОДА; проведенный объем диагностических и лечебных мероприятий и их соответствие стандартам и протоколам лечения; влияние выявленных упущений на исход.

При анализе заключений экспертов, оформленных по результатам производства комплексных и комиссионных СМЭ, ведение медицинской документации оценивалось как «отличное» в том случае, если по медицинской документации комиссия четко и доказательно смогла ответить на поставленные следственными органами вопросы; «хорошее» – когда имелись недостатки в ведении медицинской документации, но принципиально не влиявшие на суждение о характере повреждения, тяжести его течения, правильности проведения диагностических и лечебных мероприятий; «удовлетворительное» – имевшиеся упущения не позволяли объективно ответить на вопросы следствия или носили предположительный характер; «неудовлетворительное» – в записях отсутствовали сведения о течении травматического процесса в динамике, что не позволяло охарактеризовать правильность тактики ведения потерпевшего, проведения диагностических и лечебных мероприятий. Распределение выявленных упущений в медицинской документации представлено на рисунке 44.

Таким образом, из рисунка 44 видно, что «отличное» и «хорошее» ведение медицинской документации принято в 42,1% материалов дел, «удовлетворительное» и «неудовлетворительное» – в 57,9% материалов дел.

Значение грамотного и полного заполнения медицинской документации, изучение которого позволило полностью исключить виновность медицинских работников в неблагоприятном исходе травматической болезни, можно продемонстрировать на примере следующей комиссионной судебно-медицинской экспертизы.

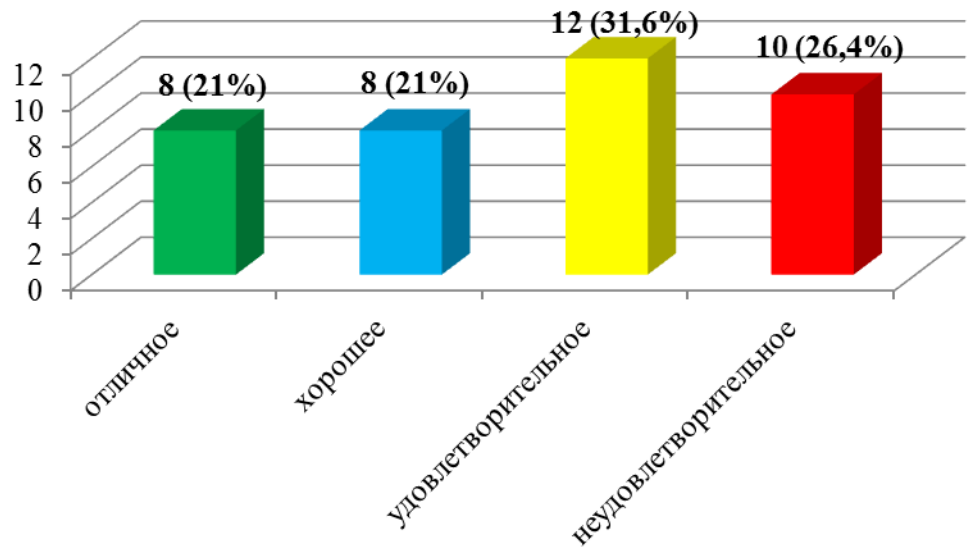


Рисунок 44. Оценка ведения медицинской документации
на основании выявленных упущений

Обстоятельства дела

Пострадавший В., 63 лет, лечился в ГКБ № А в отделение травмы 26.06. в 21^{00} выписан 17.07. в 22^{30} с клиническим диагнозом: «Открытый перелом обеих лодыжек правой голени со смещением с вывихом стопы кнаружи». Травму получил 26.06., упал с кровати, подвернул ногу. При поступлении было выполнено оперативное вмешательство: «ПХО раны правой голени, устранение вывиха стопы, наложением аппарата внешней фиксации на правую голень». В последующем 08.07. был проведен демонтаж стержневого аппарата в связи с нестабильностью в области верхних стержней с наложением гипсовой повязки. 14.07 в связи с повторным вывихом стопы с расхождением краев раны было выполнено открытое вправление вывиха с трансартикулярной фиксацией спицами с иссечением некротизированных краев раны с наложением гипсовой лонгеты. 17.07 переведен (по настоянию родственников) в другое медицинское учреждение ГКБ № Б., где 19.07 проведена ревизия раны с удалением некротизированных тканей, резекцией большеберцовой кости до 5 см, вылущивание таранной кости со снятием хрящей с суставной поверхности пяточной и ладьевидной кости, а 23.07. проведена ампутация правой нижней конечности на уровне средней трети бедра. 04.08 пациент В. скончался от сепсиса, инфекционно-токсического шока, септицемии, полиорганной недостаточности, мезентериального тромбоза, ДВС-синдрома.

На разрешение экспертов были поставлены следующие вопросы:

1. Имелись ли в действиях врачей ГКБ № А недостатки и находятся ли они в причинно-следственной связи с наступившим последствием в виде смерти В.?

2. Правильно ли были поставлены диагнозы В., является назначенное лечение в ГКБ №А. адекватным его заболеванию?

3. Соответствует ли оказанная помощь гр. В. требованиям Московских городских стандартов помощи взрослому населению?

4. Имелись ли признаки развития сепсиса у В. в период нахождения в ГКБ №А?

5. Какому типу клинического течения сепсиса (острое, подострое, хроническое) соответствует течение сепсиса у В.?

6. Соответствует ли описание раны в ГКБ объективному локальному статусу?

7. Надлежащим ли образом велась медицинская карта стационарного больного В. в ГКБ № А?

8. Была ли с учетом тяжести состояния и сопутствующих заболеваний, имевшихся у В., в ГКБ № А надлежащая антибактериальная терапия?

9. Проявил ли лечащий врач в ГКБ №А достаточную осмотрительность и заботливость для предотвращения развития обширного процесса в ране?

10. Имелась ли у В., обширная инфицированная рана нижней трети правой голени с развитием остеомиелита костей правой голени?

На основании анализа медицинской документации, экспертная комиссия пришла к выводам, что клинические диагнозы, установленные в ГКБ № А, были правильными, обоснованными клиническими и рентгенологическими данными, лечение осуществлялось правильно. Все виды консервативного и оперативного лечения в период нахождения В. в ГКБ № А были адекватными его травме и сопутствующим заболеваниям и соответствовали требованиям Московских городских стандартов стационарной медицинской помощи взрослому населению. Данные выводы эксперты смогли сделать на основании грамотного ведения медицинской документации. В МКСБ отражены все сопутствующие заболевания: «ИБС, стенокардия ФК II, мерцательная аритмия, гипертоническая болезнь III ст., постинфарктный кардиосклероз, сахарный диабет 2 типа инсулинозависимый, ожирение IV степени», что привело к утяжелению течения травмы и развитию гнойно-воспалительного процесса в мягких тканях. В медицинской документации

в ГКБ № А в дневниковых записях было неоднократно указано, что пациент не соблюдал предписанный лечащим врачом режим, наступал на поврежденную конечность, результатом чего стало несостоятельность винтов шанца в аппарате наружной фиксации с развитием повторного вывиха и расхождением краев раны. Также указано, что пациент «…без назначения врача принял 80 капель гутталакса, что вызвало падение АД, жидкий стул и ухудшение состояния…». Таким образом, правильно выполненные записи ведения пострадавшего с заполнением всех необходимых разделов, подробным отображением состояния и течения травматической болезни в дневниках, протоколы оперативных вмешательств, с заполненными листами назначения, результатами клинико-лабораторных методов исследования позволили экспертам ответить на поставленные следствием вопросы в полном объеме и обосновать правильность тактики ведения пострадавшего.

Для определения ответственности медицинских работников в ходе экспертной оценки неблагоприятных исходов должно быть установлено наличие следующих обязательных условий:

- факт ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей;
- наличие вреда здоровью, под которым понимается нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психогенных факторов внешней среды;
- причинно-следственная связь между ненадлежащим лечением и причиненным вредом здоровью пациента.

На основании анализа комплексных экспертиз по делам пострадавших с травмами ОДА вина медицинских работников была признана в 50,0% случаях (согласно заключениям эксперта, оформленным по результатам проведения 18 комиссионных судебно-медицинских экспертиз). Причинно-следственная связь между виной медицинского работника и исходом лечения установлена в 15,8% случаев (6 заключений эксперта), в 10,5% (2 заключения эксперта) причинно-следственную связь установить не удалось. Следует отметить, что в ряде экспер-

тиз по рассмотрению дел по оказанию экстренной травматологической помощи привлекались эксперты других специальностей, т.е. выполнялась комиссия с привлечением нескольких специалистов: хирургов – 2 случая; реаниматологов – 3 случая; нейрохирургов – 1 случай.

Ретроспективный анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам врачей травматологов показал, что нарушения врачами-травматологами можно систематизировать по следующим этапам в оказании МП: тактико-диагностический, лечебный, информационно-деонтологический, организационный, комплексный. Распределение по характеру указанных упущений на этапах оказания экстренной травматологической МП представлено на рисунке 45.

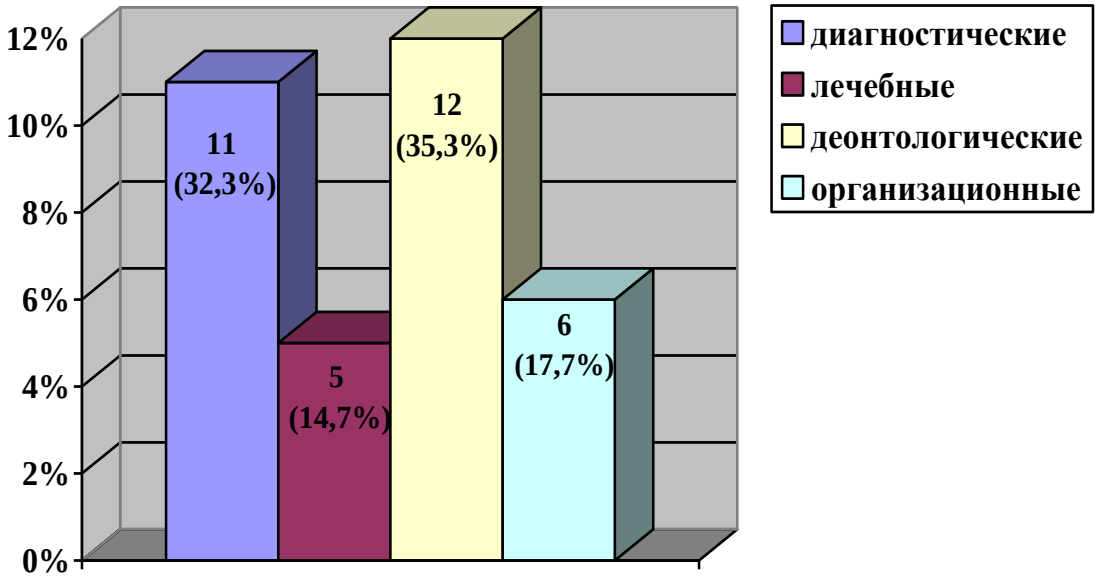


Рисунок 45. Распределение выявленных упущений по материалам комплексных СМЭ

Таким образом, превалирующее большинство составляют информационно-деонтологические и тактико-диагностические ошибки – 60,5%.

Примером неполного объективного осмотра пациента, повлекшего за собой тактико-диагностическую ошибку, могут служить результаты судебно-медицинской экспертизы, проведенной по материалам досудебной проверки № 52-13.

Обстоятельства дела

Согласно медицинской карты стационарного больного ГКБ № Х потерпевший поступил 06.11 в 11:48 , выписан в 13:30. Осмотр дежурного травматолога 11:48. Жалобы

на боли в правом предплечье в нижней трети. *Anamnesis morbi*: со слов травма с 12.06 в процессе драки с неизвестными. *Anamnesis vitae*: гепатит С. Состояние больного удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розовые. В легких дыхание проводится во все отделы, везикулярное – хрипов нет. ЧДД 18 в 1 мин, пульс 80 в 1 мин, удовлетворительного наполнения. АД 130/809 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Мочеиспускание свободное моча светло-желтая. *Status localis*: по ладонной поверхности в нижней трети правого предплечья определяется ссадины 3,5×4 см, при снятии гипса кисть отечна, пальпаторно болезненна. Движения пальцев кисти затруднено из за отека. Чувствительность не нарушена. Сосудистые нарушения не наблюдаются. Неврологические нарушения не наблюдаются. На рентгенограммах костно-травматической патологии не выявлено. Диагноз: ушиб мягких тканей правой кисти, предплечья. Ссадина обработана перевязана. Рекомендации: лечение в РТП по месту жительства, так как больной не нуждается в госпитализации в травматологическое отделение. Назначения: консультация психиатра в плановом порядке. 18.06 12:00 в анализах крови: гемоглобин 159 г/л; лейкоциты 27,0; СОЭ – 8 мм/ч. Имеется сопроводительный лист СМП от 18.06 время вызова 10:24, время доставки в ГКБ № … – 11:48. Диагноз: закрытый перелом нижней трети правого предплечья от 12.06, инфицированные раны правого предплечья, кисти. Алкогольный делирий. Гепатит С.

Из медицинской карты стационарного больного ГКБ № Y: пострадавший поступил 18.06 в 17:30. Смерть 05.07. в 18:40. Проведено в стационаре 17 к/д. Диагноз заключительный клинический. Основной: тотальная высокая анаэробная флегмона правой верхней конечности, состояние после экзартикуляции правой верхней конечности. Осложнения основного: тяжелый сепсис, септический шок, анемия, НОН, ТЭЛА, ОССН. Сопутствующие: перелом 5-й пястной кости справа.

На разрешение экспертов были поставлены следующие вопросы:

1. Имеется ли прямая причинно-следственная связь между действиями врачей ГКБ № Х и смертью О.?
2. Правильно ли выставлен диагноз О.?
3. Имеются ли дефекты оказания МП О.?

На основании изучения сведений медицинской карты экспертная комиссия пришла к выводам о том, что «при оказании медицинской помощи О., в ГКБ № Х врачом-травматологом имели место следующие диагностические и тактические

недостатки: недооценка тяжести состояния пациента; не определено наличие или отсутствие пульсации на поврежденной конечности; неправильная интерпретация патологических изменений в области правой верхней конечности; не принят во внимание направительный диагноз СМП «закрытый перелом нижней трети правого предплечья, инфицированные раны правого предплечья, кисти…»; не определены показания к госпитализации; не определена необходимость хирургического лечения; не приняты во внимание лабораторные показатели крови, свидетельствующие о наличии у пациента воспалительного процесса. Вышеуказанные недостатки при оказании МП не позволили установить правильный диагноз, то есть диагноз в ГКБ №… «Ушиб мягких тканей кисти правого предплечья» был установлен неправильно. Высказаться о наличии или отсутствии причинно-следственной связи между наступлением смерти О. и обнаруженными недостатками при оказании МП не представляется возможным в связи с отсутствием акта патологоанатомического вскрытия.

Анализируя медицинские документы, сведения из которых изложены в заключении комиссионных СМЭ, выявлены следующие упущения: не распознание основного повреждения; неполный сбор анамнеза; неполный объективный осмотр; отсутствие дифференциальной диагностики; неполное проведение инструментальных методов исследований; неверная трактовки клинических данных; отсутствие консультаций специалистов в динамике; недостаточное динамическое наблюдение.

Как показывает материал исследования, в ряде случаев (чаще при рассмотрении материалов дел у пострадавших с сочетанной травмой) присутствуют нарушения на нескольких этапам МП.

В качестве примера комплексной ошибки, включающей тактико-диагностическую, лечебную и организационную ошибки, приведем «Заключение № 222-13 (экспертиза по материалам дела)».

Обстоятельства дела

Пострадавший Ш., 30 лет, поступил в отделение реанимации ГКБ № С 07.09 в 19 час 30 мин с направительным диагнозом СМП: тяжелая сочетанная травма. Жалоб не

предъявляет из-за тяжести состояния. Со слов работников СМП – больной ехал на велосипеде, произошло ДТП с участием грузового автомобиля.

При поступлении пострадавшего в ОРИТ его состояние было расценено как тяжелое (АД 80/40 мм.рт.ст., пульс 120 ударов в 1 минуту, ЦВД – 0 мм вод. ст.). Осмотрен: реаниматологом, хирургом, нейрохирургом, травматологом. Выполнены исследования: рентгенограммы черепа – костно-травматических изменений не выявлено, грудной клетки – множественные переломы ребер слева, таза – костно-травматических изменений не выявлено; УЗИ органов брюшной полости - патологии не выявлено; ЭХО-ЭС – смещения срединных структур головного мозга не выявлено, сигнал четкий. Проведена катетеризация центральной вены справа, переведен на ИВЛ, дренирование левой плевральной полости – по дренажу, установленному во 2 межреберье по средней ключичной линии слева, выделилось большое количество воздуха, по дренажу, установленному в 6 межреберье слева по заднеподмышечной линии, – 400 мл крови, при активной аспирации поступает 800 – 900 мл крови за 15 минут. Хирургом выставлены экстренные показания к выполнению торакотомии.

07.09 в 21 час 50 мин проведена – торакотомия слева, резекция 1 и 2 сегментов левого легкого, ушивание разрывов 6 и 8 сегментов левого легкого, дренирование плевральной полости. Продолжительность операции составила 2 часа 50 мин. Согласно протоколу операции в плевральной полости до 1,5 л крови, выявлен глубокий протяженный разрыв 1 и 2 сегментов левого легкого глубиной на половину толщины легочной ткани с умеренным венозным кровотечением и активным поступлением воздуха, также множественные поверхностные разрывы 6 и 8 сегментов легкого по междолевой их поверхности длиной 2 и 4 см. При дальнейшей ревизии выявлены множественные переломы ребер с обширными разрывами костальной плевры в местах переломов и диапедезным кровотечением. В последующем пострадавший в ОРИТ был неоднократно осмотрен хирургом, нейрохирургом, зам. главного врача по профилю.

08.09 09 час 40 мин выполнена экстренная санационная бронхоскопия, заключение которой: ИВЛ, аспирация крови. Проводилась неоднократная санация бронхиального дерева, УЗИ органов брюшной полости, грудной полости. 13.09 было принято решение о проведении диагностической торакоскопии. Однако несмотря на проводимые мероприятии 13.09. в 15 час 28 мин констатирована смерть больного. Диагноз заключительный клинический: основной тяжелая сочетанная травма. Закрытая

травма грудной клетки, перелом 2 – 7 ребер слева. Осложнения основного: разрыв размозжение 1 –2 сегментов верхней доли левого легкого, состояние после резекции 1 – 2 сегментов и ушивания 6, 8 сегментов левого легкого, постгеморрагическая анемия гемоторакс слева, двухсторонняя субтотальная посттравматическая пневмония. Дыхательная недостаточность. Отек легких, Реанимационные мероприятия.

Патологоанатомический диагноз. Основной: сочетанная травма, закрытая черепно-мозговая травма, перелом костей свода и основания черепа, очаги корковой контузии полюсов и базальной поверхности лобных долей. Кровоподтеки лица. Тупая травма груди: переломы 1 – 0 ребер слева между задней подмышечной и лопаточной линиями с повреждениями пристеночной плевры и левого легкого, левосторонний гемопневмоторакс, состояние после дренирования левой плевральной полости с удаление 900 мл крови от 07.09 операции левосторонней торакотомии резекции 1 – \3 сегментов левого легкого дренировании левой плевральной полости с удалением 1,5 литров жидкой крови, переломы 5, 6 ребер справа по средней подмышечной линии, перелом ключицы на уровне средней трети, тупая травма живота, разрыв печение по висцеральной поверхности правой доли, гемоперитонеум 200,0; ссадины и кровоподтеки верхних и нижних конечностей. Осложнения: отек головного мозга, двухсторонняя абсцедирующая пневмония. Левосторонний плеврит. Гнойный трахеобронхит. Неравномерно выраженное малокровие внутренних органов. Кровоизлияние под эндокардом. Состояние после ИВЛ и реанимационных мероприятий.

Заключение: смерть гр. Ш. наступила от двухсторонней абсцедирующей бронхопневмонии, развившейся в результате сочетанной травмы.

На разрешение судебно-медицинской экспертизы поставлены следующие вопросы:

1. Какова причина смерти Ш.?
2. Каков характер причинно-следственной связи исхода лечения с конкретными дефектами в лечении?

Изучив материалы проверки по факту смерти Ш., медицинские документы на его имя, в соответствии с постановлениями на разрешение исследования вопросами, судебно-медицинская экспертная комиссия приходит к следующим выводам.

Ответ на вопрос № 1. Смерть Ш., наступила 13.09 в 15 часов 28 минут в раннем посттравматическом периоде (через 5 суток 15 часов 28 минут с момента поступления и через 5 суток 14 часов 30 минут с момента травмы) от тяжелых травм груди, головы, живота, осложнившихся развитием двусторонней субтотальной абсцедирующей бронхопневмонии приведшей к острой легочно-сердечной недостаточности.

Ответ на вопрос № 2. При поступлении Ш. в ГКБ № С для установления диагноза был выполнен алгоритм диагностических мероприятий: осмотр специалистов (нейрохирургом, травматологом, хирургом), комплекс инструментальных методов исследования (УЗИ органов грудной и брюшной полости; рентгенография черепа, органов грудной клетки, позвоночника). При этом диагностирована травма груди – переломы ребер слева, с повреждением левого легкого (пневмоторакс, подкожная эмфизема). По абсолютным показаниям выполнено дренирование левой плевральной полости., поставленный Ш. Диагноз был правильным, но неполным: не диагностирована ЧМТ – перелом костей свода и основания черепа, ушиб головного мозга; не диагностированы переломы ребер справа и разрыв печени и гемоперитонеум. По мнению экспертной комиссии, причинами не диагностирования ЧМТ могли послужить: некачественные рентгенологические снимки костей черепа; отсутствие данных рентгенологического исследования в динамике; отсутствие настороженности (с учетов анамнеза травмы и тяжести состояния больного) и соответственно не проведение дополнительных методов исследования – КТ, люмбальной пункции, повторной консультации нейрохирурга, эхоэнцефалографии. При своевременной диагностике ЧМТ (перелом костей черепа с ушибом головного мозга) у Ш. было необходимо провести следующие лечебные мероприятии: усилить введение препаратов снижающих внутричерепное давление, противоотечных диуретических (мочегонных) средств, сосудистых препаратов. Причинами не диагностирования травмы живота и переломов ребер справа могло послужить следующее: неправильная интерпретация данных УЗИ органов брюшной полости; не проведение диагностической лапароскопии, некачественное рентгенологическое снимки грудной клетки. В процессе оказания медицинской помощи Ш. выявлены диагностические, лечебно-тактические и организационные недостатки, часть из которых настолько значима, что может быть расценена как дефекты в лечении, которые заключались в следующем: гипердиагностика оперирующего хирурга и преждевременное через 2 часа проведение

тяжелой дополнительно травмирующей операции и неоправданная длительность операции (3 часа); неадекватное дренирование плевральных полостей; нарушение общепринятых узаконенных признаков о необходимости проведения реинфузии внутриплевральной крови и раннем посттравматическом периоде. Согласно протокола операции не было обнаружено угрожающего жизни кровотечения, что говорит об отсутствии экстренных показаний. Необоснованная торакотомия: проведение резекции (показаний для которой не было) части легкого и наложение дополнительных швов на ткань легкого; обнаруженный разрыв легкого необходимо быстро ушить и после аэро- и гемостаза как можно быстрее закончить операцию. Неправильная анестезиологическая тактика: при проведении операции пациенту с тяжелой травмой груди необходима интубация и искусственная вентиляция легких двух просветной трубкой Карлленса. Неправильная хирургическая тактика при обнаружении множественных переломов ребер во время торакотомии врачи обязаны были восстановить каркасность грудной клетки – провести остеосинтез. В медицинских документах отсутствуют данные о проведении лечебной, санационной терапии трахеобронхиального дерева и самих легких, не применялись аэрозоли, ингаляции и редко неадекватно проводилась санационная бронхоскопия.

Проведенные диагностические мероприятия и лечебные процедуры были несвоевременными и осуществлялись не в полном объеме: неквалифицированное проведение УЗИ-контроля, ничтожность данного метода при подкожной эмфиземе; нет динамики в проведении данных УЗИ, лечебно-диагностической трахеобронхоскопии, не проводились меры по профилактике пневмонии. В ближайшие 3–4 суток в послеоперационном периоде ни рентгенологически, ни клинически не диагностируются не-расправленная до полного объема ткань легкого, что свидетельствует о неэффективности активной аспирации. В послеоперационном периоде при условии потери крови по данным записей реаниматологов, в первые 4 дня было потеряно 3700 мл крови и не были приняты соответствующие меры. Объем введенных растворов и полученный диурез совершенно неадекватны 7130/3900; 6000/3200; 7200/3800; 4000/2600; 4300/3450; 4200/2500, что свидетельствует о неадекватности реанимационной терапии. В данном случае перегрузка малого круга кровообращения способствовала развитию фатальных осложнений. Причинами диагностических дефектов в рассматриваемом случае являются: неполноценное обследование больного,

технические ошибки при оперативном лечении, недостатки организации лечебного процесса. Ведущей в процессе умирания пострадавшего была именно травма грудной клетки. Однако имеющиеся повреждении других областей, в частности ЧМТ и повреждение органов брюшной полости, привели к развитию «синдрома взаимного отягощения» и тем самым усугубили и так уже тяжелое состояние пациента. В данном случае на наступление смерти Ш. повлияли как тяжесть самих травм (объективный фактор) так и недостатки дефекты оказания медицинской помощи (субъективный фактор). Медицинских критериев по которым можно определить доминирующее влияние каждого из этих факторов на наступление смерти не имеется, поэтому установить прямую причинно-следственную связь между смертью Ш., и выявленными дефектами в оказании медицинской помощи не представляется возможным.

Таким образом, в результате производства данной судебно-медицинской экспертизы выявлен ряд недостатков тактико-диагностического характера: несоблюдение принципа «damage control» у пострадавшего с тяжелой сочетанной травмой; отсутствие коллегиального принятия решений с оформлением консилиума из специалистов разного клинического профиля, осматривавших пострадавшего с сочетанной травмой, о целесообразности выполнения оперативного лечения; невыполнение МСКТ-диагностики пострадавшего с сочетанной травмой (череп-грудь-живот-таз) повлекло за собой череду лечебно-диагностических ошибок, что повлияло на исход травмы, о чем было отмечено в выводах экспертной комиссии. Выводы экспертной комиссии основывались на возможностях данной медицинской организации. ГКБ № С является многопрофильным стационаром, имеющим в своем составе отделение сочетанной травмы с круглосуточным томографом.

Однако неблагоприятный исход при оказании экстренной травматологической помощи не всегда связан с профессиональными правонарушениями со стороны медицинских работников. По результатам проведенного исследования неблагоприятный исход при оказании травматологической помощи в 15,7% был обусловлен объективными причинами.

Объективными факторами, которые могут обусловить неблагоприятный исход в оказании травматологической помощи, на основании изученного материала являются:

- тяжелое состояние больного (3 случая);
- кратковременность пребывания его в отделении (1 случай);
- тяжелое психиатрическое состояние пациента (1 случай);
- наличие сочетанной и тяжелой соматической патологии (1 случай).

В качестве примера объективных факторов, влияющих на исход, можно привести следующую комиссионную экспертизу.

Обстоятельства дела

Пострадавшая А., 24 лет, доставлена СМП в ОРИТ ГКБ № Н 29.03 в 09 часов 10 мин по вызову принятому в 07 часов 57 минут (с прибытием на место происшествия 08 часов 04 минуты) с диагнозом: ОЧМТ, вдавленный перелом височной кости, проникающее ранение грудной клетки справа, внутричерепная гематома? Ушибленная рана височной области справа. Проникающее ранение грудной клетки. Открытый пневмоторакс. Скальпированная рана с/3 правой голени. Травматическая ампутация III пальца левой кисти. Множественные ссадины. Травматический шок II – III степени. Травма в результате взрыва в метро. СМП было выполнено: катетеризация левой подключичной вены, правой локтевой вены, иммобилизация шей воротником Шанца, в\в вены наркотические анальгетики, проведена инфузионная терапия в объеме 1500 мл, ингаляция O_2, окклюзивная повязка на рану грудной клетки, иммобилизация голени и левой кисти лестничными шинами, обработка раневых поверхностей раствором перекиси водорода, гематостатической губкой, перевязка стерильными бинтами. При поступлении в ГКБ № Н состояние пострадавшей А. оценено как крайней тяжести. При поступлении произведена пункция и катетеризация подключичной и бедренной вен справа, переведена на ИВЛ. Осмотрена: реаниматологом, нейрохирургом, травматологом, хирургом, офтальмологом. Выполнено: КТ головного мозга, шейного отдела позвоночника; рентгенография черепа, грудной клетки, таза. Проведено в стационаре 20 часов 30 минут. Взята в операционную 29.03 в 10 часов 45 минут (продолжительность операций 5 часов 45 минут). Выполнено: ПХО раны головы, шеи, перевязка внутренней яремной вены и ушивание дефектов, ПХО раны правой голени, грудной клетки, верхних конечностей, пе-

редней брюшной стенки, торакотомия, прошивание межреберной артерии слева, лапаротомия, ушивание дефекта левой доли печени. Гемотрансфузия составила 8500 мл + 450 мл реинфузия. Всего перелито 29700 мл. Выделено мочи 200 мл. Кровопотеря составила 8000 мл. После операции переведена в ОРИТ, где продолжена массивная инфузионная терапия, однако 30.03 в 05 часов 10 минут на фоне нестабильной гемодинамики у больной произошла остановка кровообращения, а в 05 часов 40 минут констатирована биологическая смерть пострадавшей. Диагноз заключительный клинический. Основной: минно-взрывная сочетанная травма. Открытое проникающее минно-взрывное ранение мягких тканей головы, костей черепа. Обширные рвано-размозженные раны скуловой области и правой ушной раковины, правой лобно-скуловой области с обильным кровотечение из мягких тканей и поверхностной височной артерии. Многооскольчатый перелом лобной кости справа с переходом на основание и вдавлением. Осколочное проникающее ранение пирамиды правой височной кости. Пластинчатое субдуральное кровоизлияние малого объема справа без масс-эффекта. САК. Ушиб головного мозга тяжелой степени с кровоизлиянием в левые подкорковые узлы. Рвано-ушибленные, осколочные проникающие раны шеи. Повреждение внутренней яремной вены. Осколочные проникающие раны грудной клетки, повреждение верхней доли левого легкого и межреберных артерий. Правосторонний пневмоторакс. Левосторонний гематоракс. Ушиб легких. Легочное кровотечение. Перелом V ребра справа. Осколочные проникающие раны брюшной полости, ранение печени. Множественные инородные тела мягких тканей шеи, лица, головы, грудной клетки, брюшной полости, правого бедра, обеих голеней, отрыв III пальца на уровне средней фаланги левой кисти. Аспирация кровью. Перелом левой седалищной кости. Острый посттравматический средний отит слева, баротравма. Осложнения: отек головного мозга. Дислокация. Вклинение ствола головного мозга. Шок IV. Шоковая почка, острая почечная недостаточность. ДВС-синдром. ОДН, ОССН. Расхождения клинического посмертного и судебно-медицинского диагнозов нет.

На разрешение экспертов поставлены следующие вопросы:

1. Каковы причина наступления смерти пострадавшей А., 24 лет?

2. Были ли допущены недостатки при оказании медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах, если да – какие именно и состоят ли они в причинно-следственной связи с наступлением ее смерти?

Выводы комиссионной СМЭ.

Причиной смерти А., является травма более трех анатомических областей с повреждением головного мозга, внутренней яремной вены, легких, печени, костей скелет, повлекшая острую массивную продолжительную кровопотерю, потребовавшую комплекса массивной заместительной терапии. Медицинская помощь в рассматриваемом случае оказывалась высококвалифицированными специалистами своевременно, объем медицинской помощи соответствовал современным стандартам оказания медицинской помощи «Московских городских стандартов» – приказы № 686 от 30.12.1998 и № 269 от 16.07.2001 г. «О внедрении в действие отраслевого стандарта. Объем реанимационной помощи был проведен в полном объеме, согласно Методическим указаниям №2000/104 СЛР (сердечно-легочная реанимация), утвержденным МЗ РФ 23.06.2000 г. Однако вывести пациентку из критического состояния не удалось, что было обусловлено тяжестью телесных повреждений и массивной кровопотерей.

Таким образом, можно выделить основные направления в ведении пострадавших с травмами ОДА, которые могут повлиять на результаты комиссионных судебно-медицинских экспертиз в случае возникновения конфликтной ситуации:

- внесение записей в истории болезни об анамнезе жизни и заболевания в полном объеме, условиях получения травмы тела;
- отражение в истории болезни динамики течения травматической болезни;
- отражение в истории болезни нарушений режима и рекомендаций лечащего врача;
- соблюдение комплексного обследования у пострадавших с тяжелой сочетанной и множественной травмой в рамках «damage control», с оформлением консилиумов в случае необходимости выполнения оперативного лечения превалирующей травмы;
- полноценное информирование пациента и ближайших родственников (с согласия пациента) о течении травматического процесса, в том числе с отражением и неблагоприятного течения болезни.

ГЛАВА 7.

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОС КАК ОСНОВА ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОРГАНИЗАЦИИ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

7.1. Результаты социологического исследования по вопросам оказания экстренной круглосуточной травматологической помощи врачей-травматологов и студентов старших курсов медицинских ВУЗов

Анкетирование врачей-травматологов по вопросам оказания экстренной круглосуточной травматологической помощи показало, что почти в половине случаев стаж работы по специальности составил до 5лет (43%), до 10 лет – 20%, до 20 лет – 27% и свыше 20 лет – 10% (рисунок 46).

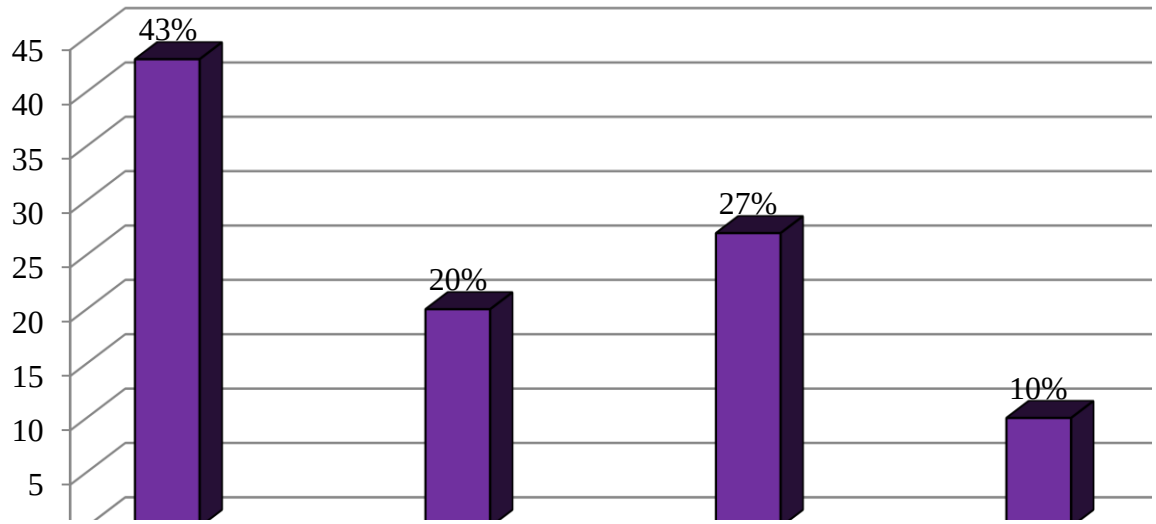


Рисунок 46. Распределение врачей травматологов по оказанию экстренной круглосуточной помощи в зависимости от стажа работы по специальности

Если рассматривать распределение врачей по квалификационным категориям, то 47 респондентов (47%) не имели какой-либо квалификационной категории. Распределение по категориям у оставшейся группы врачей представлено на рисунке 47.

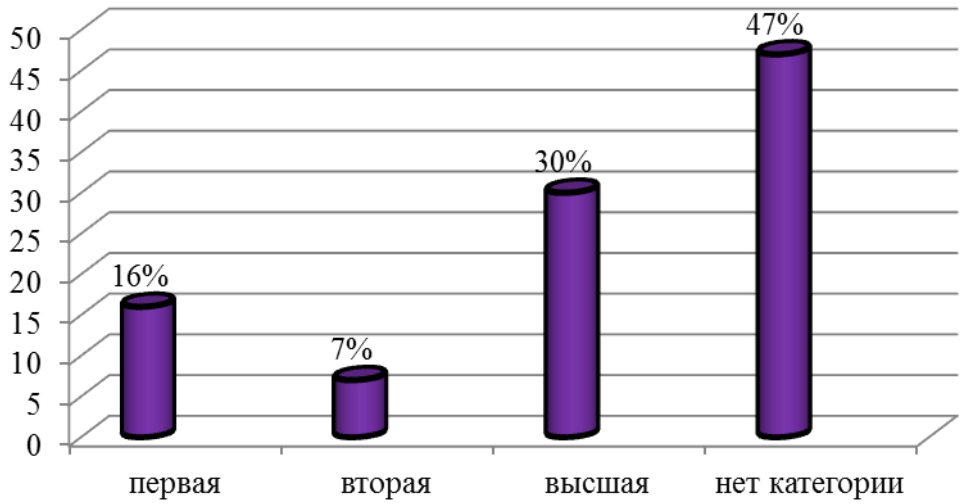


Рисунок 47. Распределение врачей-травматологов по квалификационным категориям

Из числа анкетированных ученую степень кандидата медицинских наук имели 27 респондентов (27%).

Первая часть анкеты касалась вопросов заполнения и ведения медицинской документации. Были получены следующие результаты ответов: 70% врачей-травматологов по оказанию экстренной помощи всегда берут согласия у пациентов на назначаемые манипуляции. Утвердительный 100% ответ на данный вопрос получен в категории специалистов со стажем работы до 5 лет. Данный факт связан с тем, что это поколение врачей начало свою врачебную деятельность в период широкой пропаганды необходимости информирования пациентов о характере оказания предстоящей медицинской помощи и обязательного приобщения к медицинским картам разработанных протоколов письменных согласий на врачебные манипуляции. Отрицательно на вопрос о получения согласий на диагностические и лечебные манипуляции ответило лишь 3% респондентов, в 27% ответ был «иногда забываю». На вопрос: «Знакомите ли Вы пациента с планом лечения?» утвердительно ответило 100% респондентов. При этом 73% врачей информируют пациента о возможных осложнениях и исходах манипуляций, операций; 27% иногда забывают об этом. Интересны данные, полученные на вопрос о действиях врача, если пациент отказывается от предполагаемого лечения, они представлены на рисунке 48.

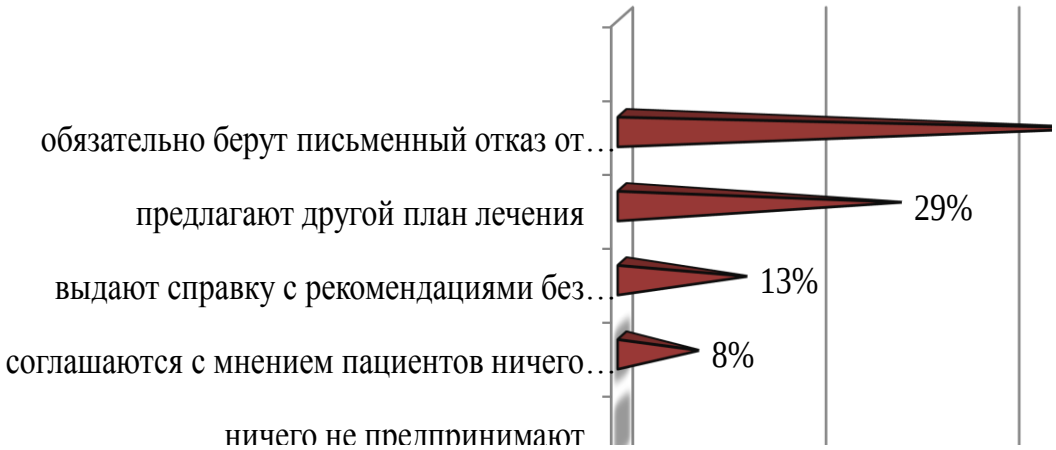


Рисунок 48. Действия врача при отказе пациента от предлагаемого плана лечения

Следует отметить, что в случае отказа пострадавшего от предполагаемого плана лечения никто из опрошенных респондентов не отметил ответ, что он «ничего не предпринимает». Данный факт напрямую указывает, что врач экстренной службы чувствует личную ответственность за здоровье пациента. 98% врачей отметили, что у них возникали конфликтные ситуаций с пациентами, однако лишь у 7% респондентов они возникали часто. Причины конфликтных ситуаций между врачами и пациентами были обусловлены излишней эмоциональностью и конфликтностью пациентов, перегруженностью и внешним видом врача, резким разговором с пациентом, неадекватной оценкой состояния пациента (рисунок 49).

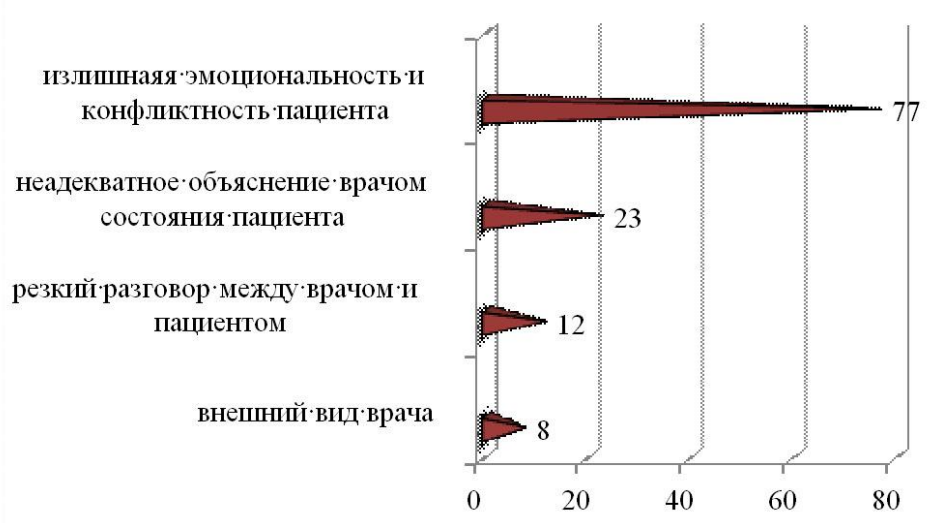


Рисунок 49. Причины конфликтов между врачом и пациентов (по мнению опрошенных врачей-травматологов)

20% респондентов указали несколько причин конфликтной ситуаций, что указывает на актуальность проблемы, ее многогранность и необходимость разработки организационных профилактических мероприятий по снижению конфликтов.

По мнению врачей, большая часть конфликтов происходит во время дежурства, т.е. во время оказания экстренной травматологической помощи, утвердительно на этот вопрос ответило большее число респондентов – 63%, общение с родственниками больного, как причину возникновения конфликтной ситуации отметило 30% респондентов; 7% расценивают, что чаще всего конфликты происходят при ухудшении состояния пациента, родственники которого считают, что это ухудшение связано с неправильными действиями врача. 70% врачей отметили, что в последнее время во время конфликтных ситуаций пациенты угрожают медику «юридической расправой».

При возникновении сложной конфликтной ситуации с пациентом действия врачей, направленное на его избежание, следующие: 46% респондентов докладывают о случившемся вышестоящему руководству (заведующему отделению или заместителю главного врача по профилю), стараются уладить конфликт самостоятельно – 30%, или же не докладывают руководству, не общаются с пациентом, а лишь тщательно проверяют медицинскую документацию – 24%. На вопрос о юридической защищенности врача от конфликтных ситуаций с пациентом большая часть опрошенных медиков (83%) ответили отрицательно, 17% респондентов указали, что отчасти считают себя юридически защищенными. При этом в случае возникновения серьезного конфликта врачи по оказанию экстренной травматологической помощи будут обращаться за юридической консультацией в следующие инстанции (рисунок 50).

67% врачей считают, что правильно заполненная медицинская документация является основной защитой врача в конфликте с пациентом, лишь 7% не согласны с данным заключением, 26% сомневаются в значении роли медицинской документации в досудебном и судебном разрешениях спора.

Большинство врачей (53%) в процессе своей практической деятельности получали служебные взыскания в виде выговоров или замечаний. Причем прини-

маемые администрацией больницы меры взысканий, расценены врачами в 53% как необоснованные. Нужно отметить, что большая часть врачебной аудитории (60%) указали, что в условиях возникшей ситуации вышестоящий по служебной лестницы коллега резко высказывался о профессиональных качествах врача в присутствии пациентов, нарушая таким образом деонтологические и морально-этические принципы. В то же время 80,0% врачей-травматологов по оказанию экстренной помощи в присутствии пациентов не высказывали отрицательного мнения о профессиональных качествах своих коллег, лишь 20% иногда допускали такие высказывания при наличии грубых профессиональных нарушений. Причем, интересна реакция врачей-травматологов на так называемые «упреки» со стороны вышестоящего по служебной лестницы (рисунок 51).

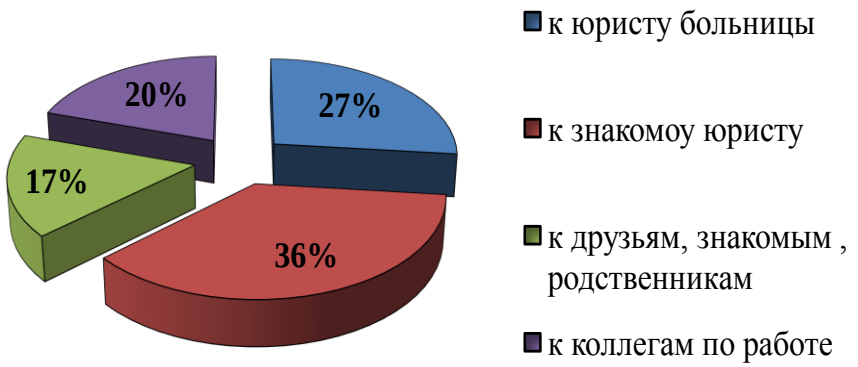


Рисунок 50. Распределение инстанций обращений врачей за юридической помощью

На вопрос о совершении врачами-травматологами по оказанию экстренной медицинской помощи «врачебных ошибок» положительно ответили 57% респондентов, отрицательно – 43%. По мнению специалистов, причинами «врачебной ошибки» является «добросовестное заблуждение» (73%), нарушение исполнения профессиональных обязанностей (23%), недооценка состояния пациента ввиду некомпетентности (4%). При наличии упущений обратившегося за консультацией пациента, лечившегося в другом медицинском учреждении, 86% врачей-травматологов по оказанию экстренной помощи постараются не касаться этого вопроса, предложив свой план лечения; 14% – предложат пациенту продолжить

лечение у ранее его лечившего специалиста. При этом никто из опрошенных врачей не будет информировать пациента о ранее допущенной ошибки коллег.

Рисунок 51. Реакция врачей-травматологов на замечания со стороны вышестоящего по служебной лестницы

Результаты социологического опроса показали низкий уровень правовой осведомленности врачей: 50% врачей не знакомы со статьями УК РФ, предусматривающими уголовную ответственность за профессиональные правонарушения, 47% ответили, что знакомы с данными статьями поверхностно, лишь 3% респондентов ответили утвердительно о знании содержания этих статей. Менее половины врачей (43%) высказалось утвердительно, что знакомы с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», однако с изложенными в нем положениями, касающимися прав пациент, знакомо менее половины респондентов (47%). Лишь 20% врачей, основная часть из которых (98%) закончили интернатуру или ординатуру и со стажем работы до 5 лет, указали, что сведения о правовой информированности они получили на лекциях и научно-практических конференциях при прохождении дополнительного последипломного образования. Все анкетируемые врачи-травматологи считают необходимым систематическое проведение мероприятий, направленных на повышение их правовой грамотности. При этом формы и методы ее повышения могут быть следующими: в форме семинарских занятий и/или лекций специалистов в области медицинского права – 42% респондентов, приобретения этих зна-

ний на курсах повышения квалификации (25%), данные вопросы должны быть освещены на врачебных внутрибольничных конференциях (33%).

По данным анкетирования большинство травматологов (77%), оказывающих экстренную травматологическую помощь, знают стандарты ее оказания, а 23% – с ними не знакомы. При этом считают стандарты лечения адекватными и соответствующими современному этапу развития травматологии, ортопедии лишь 7% опрошенных врачей; 30% – высказались отрицательно по поводу существующих стандартов; 17% считают, что они требуют серьезной доработки; а 46% врачей затруднились их оценить. Лишь 30% врачей при лечении пациента обязательно придерживаются стандартов лечения.

Из опрошенных врачей-травматологов 20% из них хотя бы один раз вызывались в суды для дачи показаний по поводу врачебной деятельности, включая свидетельские показания по поводу обстоятельств получения травмы пациентом и др.

Анкета содержала вопросы, касающиеся знаний врача-травматолога в трактовке характера телесных повреждений, ввиду низкого качества описания области травмы тела при заполнении медицинской карты, затрудняющего адекватное проведение судебно-медицинской экспертизы при юридической оценке степени тяжести вреда, причиненного здоровью пострадавшего. Так, при описании локального статуса 77% описывают локализацию и характер телесных повреждений, но 7% опрошенных не придают этому описанию существенного значения, 16% – ограничиваются фразой «…имеются ушибы мягких тканей…». Большая часть практикующих травматологов (80,0%) знают различие между кровоподтеком и гематомой, однако 20,0% специалистов не понимают или не знают этих отличий. Одна треть врачей-травматологов (33%) при описании телесных повреждений указывают морфологические признаки (цвет кровоподтеков, поверхность ссадин, наличие корочки на ней, припухлость мягких тканей, кровотечение и пр.), которые позволяют судить о давности образования повреждения; 36% – иногда указывают один из признаков, 31% – приводят лишь локализацию и размер повреждения. Для подтверждения клинического диагноза гематомы лишь 50% врачей

назначают УЗИ или МРТ мягких тканей, 35% – ограничиваются клинической картиной, 15% – назначают пункцию или инцизию. При подозрении на частичное повреждение связок какой-либо локализации 36% врачей-травматологов устанавливают диагноз на основе клинической картины, 34% – по данным МРТ-исследования, 3% – по результатам УЗИ-исследования, а 27% – на основании результатов комплексного клинического и инструментального исследований (клинической картины, МРТ или УЗИ-методов). При установке диагноза повреждения связочно-мышечного аппарата назначают УЗИ или МРТ лишь 23% опрошенных травматологов, 47% – назначают данные исследования избранно в зависимости от локализации повреждения (чаще всего при травме коленного сустава), 30% – прибегает к диагностике повреждений с помощью дополнительных методов исследования при сомнениях в установленном диагнозе.

Анкета для врачей содержала ряд вопросов на выявление так называемого синдрома «профессионального выгорания», который относят к одной из форм профессиональной деформации [124, 140]. По профессиограмме врач, кроме различных специальных знаний, навыков и умений, должен обладать такими личностными качествами, как терпеливость и выдержанность, доброжелательность и приветливость, ответственность, аккуратность, тактичность и оптимистичность [180]. Однако, медицинские работники, особенно врачи, в большей степени подвержены синдрому «профессионального выгорания», который:

- развивается у людей склонных к состраданию и более человечных;
- встречается в тех коллективах, где нечетко распределены трудовые обязанности, либо деяния сотрудников несогласованы, а конкурентность – повышена.

Данный синдром зависит от уровня психоэмоциональной деятельности и характерен для людей, чья работа связана с повышенной конфликтностью и общением с нездоровыми людьми [119].

Таким образом, по характеристике синдрома видно, что врач-травматолог при оказании экстренной медицинской помощи подвержен данному недугу в значительной степени.

Согласно результатам анкетирования, пациенты вызывают негативную реакцию у врача вне зависимости от их конфликтности в следующих случаях: у 40% врачей, когда имеется большой «поток» пациентов; у 20% – во время суточного дежурства, а 10% респондентов ответили, что данное явление у них отмечается в последнее время вне зависимости от нагрузок, 30% – указали, что никогда не испытывали негативного отношения к пациентам. 96% врачей-травматологов-ортопедов по оказанию экстренной круглосуточной помощи считают, что оплата их труда в государственных учреждениях города Москвы неадекватная, т.е. объем выполняемой работы значительно превышает уровень зарплаты. Выходы из данной ситуации врачи травматологи находят различными способами (рисунок 52).

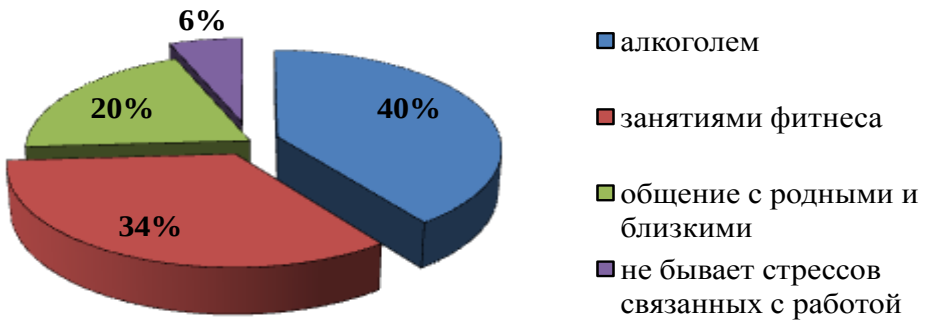


Рисунок 52. Способы снятия профессионального «стресса»

Таким образом, статистика свидетельствует, что лишь 6% врачей-травматологов-ортопедов относятся к стрессоустойчивым людям.

Социологический опрос будущих врачей, студентов старших курсов 5 – 6 курсов РНИМУ г. Москвы, показал, что 93,8% респондентов считают основной причиной конфликтной ситуации «врач–пациент» является чрезмерная требовательность пациента к своей персоне и перегруженность врача; 13,3% отметило несколько причин возникновения конфликтов (рисунок 53).

Большая часть будущих врачей (68,8%) уверены, что правильно заполненная медицинская документация является основной защитой врача в конфликте между пациентом и врачом.

По мнению 47,9% молодых специалистов конфликтные ситуации между пациентом и врачом чаще встречаются при ухудшении состояния пациента, а

25,0% отметили, что конфликтность повышается во время дежурства и оказания экстренной помощи. Они также считают, что причинами «врачебных ошибок» являются: «добросовестное заблуждение врача» (39,6% респондентов), нарушение врачом своих профессиональных обязанностей (22,9%), недооценка тяжести состояния пациента ввиду недостаточной компетенции врача (37,5%).

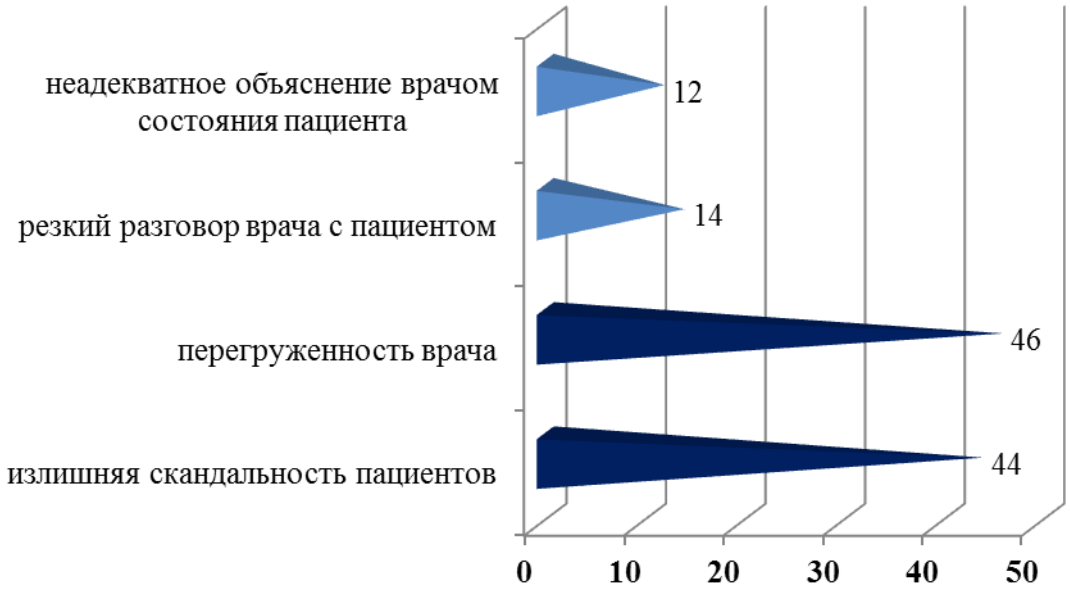


Рисунок 53. Причины возникновения конфликтов между врачом и пациентом

Знание нормативно-правовой базы у студентов значительно лучше, чем у практических врачей, что обусловлено введением в программу образования вопросов по медицинскому праву на ряде кафедр. Так, 16,7% студентов-медиков старших курсов знакомы со статьями ФЗ № 323 РФ, большая часть респондентов правда поверхностно (такой ответ получен в 58,3% ответов), лишь 25,0% категорически ответили, что совсем не знакомы. С правами пациентов знакома большая часть опрошенных – 79,2% (76 опрошенных), не имеют о них никакого представления 27% респондентов. 90 их 96 опрошенных студентов-медиков знают различие между кровоподтеком и гематомой. При этом никто из них не ответил, что для подтверждения диагноза гематомы будет руководствоваться только клинической картиной; 14 человек (14,6%) указали, что для подтверждения диагноза необходимо проведение пункции или инцизии, 82 – назначат для подтверждения диагноза гематомы УЗИ или МРТ мягких тканей. Для подтверждения диагноза

повреждения мягких тканей (связочного аппарата) только клинической картиной будут руководствоваться лишь 1,1% опрошенных, большая часть (43,6%) предпочтет использование УЗИ и МРТ, а 55,6% – данные клинического осмотра и применение какого-либо из методов дополнительной диагностики.

7.2. Результаты социологического исследования пациентов травматологических стационаров и «потенциальных» пациентов молодого возраста

Было опрошено 100 пациентов, находящихся в стационаре по поводу различного рада травм ОДА, которые по возрастным группам распределились следующим образом (рисунок 54).

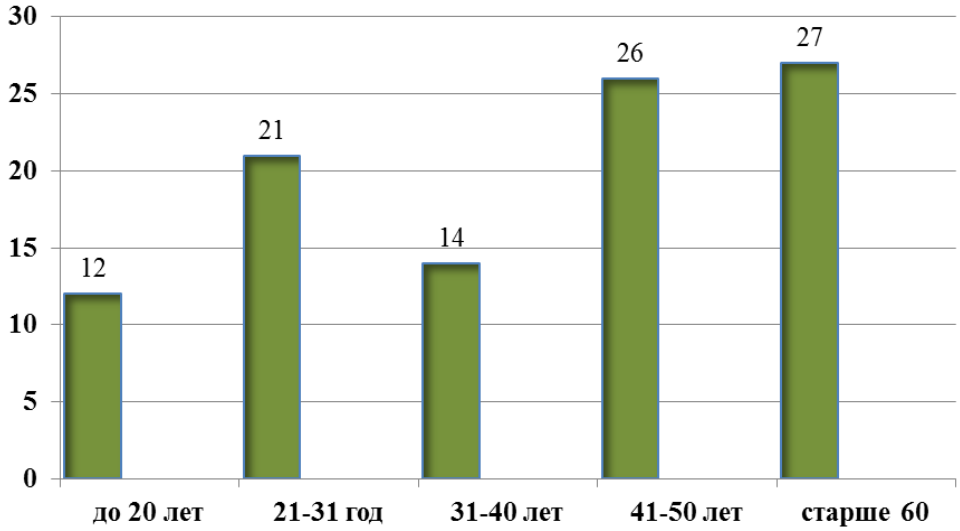


Рисунок 54. Распределение пациентов по возрасту

Из числа опрошенных респондентов 47% составили мужчины и 53% – женщины. По уровню образования лиц с высшим образованием было 55%, со средним специальным – 18%, средним – 15%, учащихся – 12%. Неработающие граждане составили 42%, из них неработающие пенсионеры – 30% и учащиеся – 12%. Работающих было 58%, причем в бюджетных организациях – 40%, коммерческих – 18%; работающие пенсионеры составили 42% от количества работающих пациентов; 18% опрошенных пациентов проходили лечения в стационарах города Москвы более 2 раз за год.

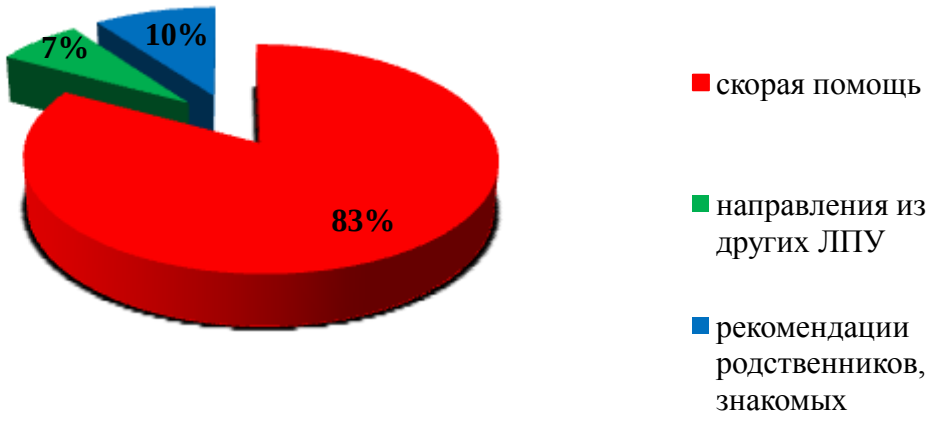


Рисунок 55. Каналы госпитализации опрошенных пациентов стационар

Оказание помощи на уровне приемного отделения оценили как отличное 36% респондентов, 46% – как хорошее и 18% – удовлетворительное. Никто из опрошенных пациентов не отметил плохое качество, несмотря на то, что в приемном отделении провели более 1 часа – 46%, не менее 2 и 3 часов – 54%. Пациенты стационара привели различные причины длительного пребывания в приемном отделении до госпитализации (рисунок 56).

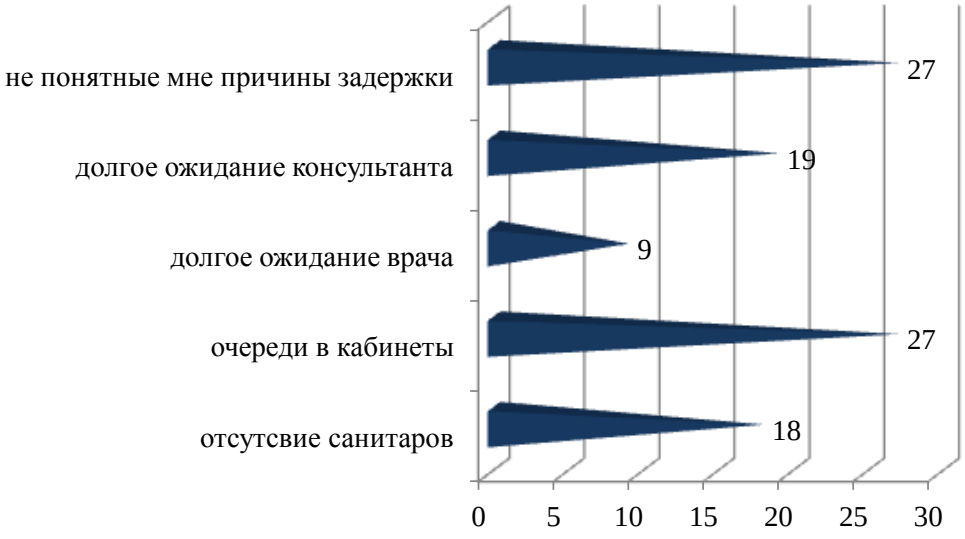


Рисунок 56. Причины длительного пребывания в приемном отделении по мнению пациентов

В целом качество лечения в стационаре большинство респондентов (91%) оценили как хорошее, 9% – удовлетворительное. Однако 18% пациентов хотела бы внести изменения в работу отделения по улучшению качества лечения,

36,0% – улучшить деятельность вспомогательных кабинетов, 46,0% – повысить культуру обслуживания больных. Согласно проведенному опросу, пациенты, которым была оказана экстренная травматологическая помощь на базе многопрофильного стационара г. Москвы, отмечали высокую степень удовлетворенности относительно применения современных технологий для диагностики повреждений, что свидетельствует о положительной динамике развития травматологии в системе здравоохранения (рисунок 57).

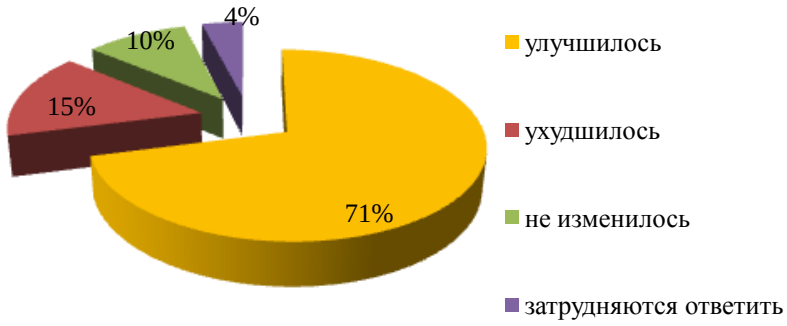


Рисунок 57.Динамика удовлетворенности пациентов технической оснащенностью стационара

Все же большая часть находящихся в стационаре пациентов (55%) доверяют лечащему врачу, что выражается в даче их согласия на проведение оперативного лечение, 35% – высказали сомнение, а 10% – ему не доверяют. На вопрос о том, ознакомил ли лечащий врач с планом лечения, утвердительно ответили 73% госпитализированных пациентов, отчасти – 27%. При этом на вопрос, предупреждал ли врач о возможных осложнениях и исходах, связанных с лечением, утвердительно ответили 82% пациента, отрицательно – 18%. Письменное согласие на оперативное лечения дали все опрошенные пациенты. При этом страх перед предстоящей операцией испытывали 64% респондентов.

Более половины пациентов (55%) от общего числа анкетированных не знакомы с ФЗ № 323 «Об основах охране здоровья граждан в РФ», 18% – знакомы с данным законодательным документом, 27% – знакомы отчасти. Права пациентов знают 18%; не имеют о них никакого представления – 27% респондентов, знакомы отчасти – 55%. Причины конфликтности с врачом стационарные больные объясняют различными факторами (рисунок 58).

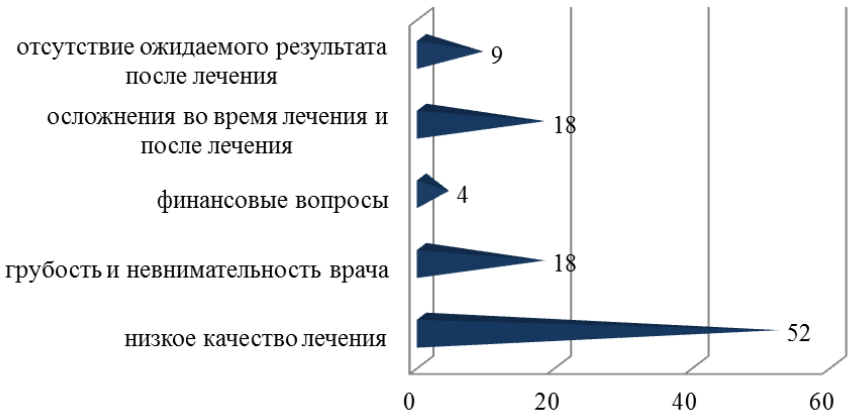


Рисунок. 58. Причины возникновения конфликта между врачом и пациентом (по мнению пациентов стационара)

Как видно из диаграммы (см. рисунок 58), финансовые вопросы вообще для пациентов не являются основополагающими, т.е. пациенты готовы оплачивать медицинские услуги. Причем, 64% пациентов периодически обращаются за платными медицинскими услугами в частные клиники, 36% – никогда этого не делали. Основные причины обращения в платные клиники приведены на рисунке 59.

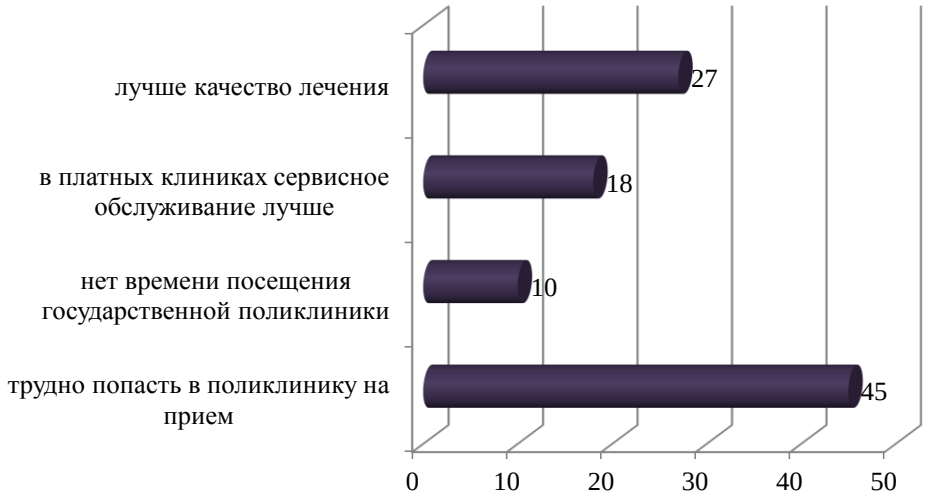


Рисунок. 59. Причины обращения за платными услугами

Следует обратить внимание на то, что наибольшая частота обращения за платной медицинской помощью (45%) связана с затруднениями попасть в государственную медицинскую организацию на прием к врачу. Каждый четвертый пациент считает, что в платных клиниках лучше сервисное обслуживание.

Значительная часть опрошенных пациентов (82%) указали, что у них никогда не было конфликта с лечащим с врачом. В условиях возникшего конфликта лишь 9% пациентов будут разрешать его в судебном порядке, 19% – обратятся с жалобой к руководству медицинской организации, в вышестоящую инстанцию (9%); большая часть опрошенных (63%) сменят лечащего врача (рисунок 60).

Рисунок 60. Действия пациентов в случае возникновения конфликтов с врачом

Следует отметить, что у многих травматологических больных отягощение экстренного состояния связано с обострением имеющихся хронических заболеваний. В связи с этим хотелось бы обратить внимание на такую актуальную социальную тему, как диспансеризация населения: по данным проведенного социологического исследования, лишь 10% респондентов проходят ежегодную диспансеризацию по месту жительства, 10% – нерегулярно, когда есть время, 45% – только при острой ситуации, 35% – не сталкивались с этим вообще.

Автором был проведен социологический опрос так называемых потенциальных пациентов молодого возраста от 17 до 25 лет (студенты 1 – 2 курсов гуманитарного института, получающих юридическое образование). Всего было опрошено 94 респондента. Данная группа выбрана неслучайно: во-первых, молодой возраст наиболее травмоопасен, во-вторых, опрос проведен среди студентов, получающих юридическое образование, т.е. наиболее интересующиеся законодательной базой страны. Была составлена анкета из 15 вопросов, которая включала оценку деятельности государственной системы работы ЛПУ, отношения к конфликтности между врачом и пациентом и причин их обусловливающих. Результаты анкетирования показали, что адекватной существующую медицинскую по-

мощь в г Москве считают 10,6% респондентов (10 человек), по мнению 61,7% (58 человек) – адекватная медицинская помощь оказывается не во всех ЛПУ города, а 12,8% (12 человек) считают ее неадекватной. Среди молодого населения мегаполиса каждый второй (55,3% – 52 человека) обладает достаточной юридической информацией о законодательных актах, регламентирующих медицинскую деятельность, в частности ФЗ № 323 РФ. При этом 66,0% знают права пациента. В случаях получения травмы, большая часть опрошенных (66, 3%) обращалась или возможно будет обращаться в травматологические пункты в государственные ЛПУ, лишь небольшая часть 14,5% (14 человек) – в частные клиники (рисунок 61).

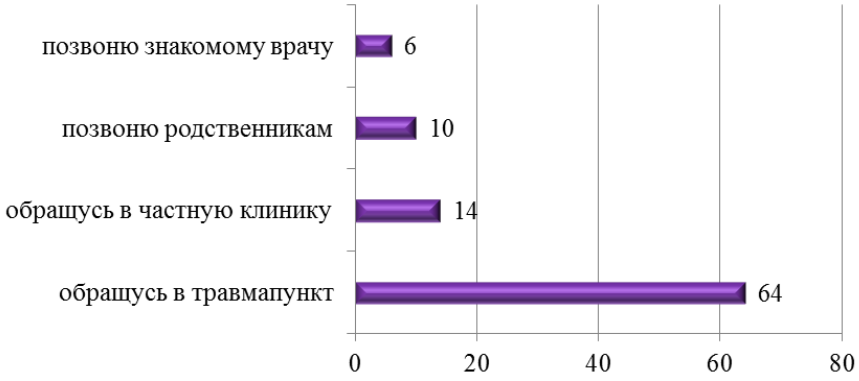


Рисунок 61. Варианты лечебных учреждений в случае возникновения травмы у «потенциальных» пациентов

Анализируемый материал показал, что почти две трети молодого населения (74,5%) больше всего во враче ценят профессиональные качества, 23,4% – отношение к пациенту, лишь 2,1% – внешний вид медика. Деонтологический аспект, как показал опрос, при общении с врачом имеет существенное значение, а именно, грубое отношение медика и его невнимательность больше всего раздражает пациентов (95,7% респондентов), лишь 10% опрошенных указали, что влияет наличие запаха табака и алкоголя. При сомнении правильности установленного диагноза респонденты либо будут обращаться в другое государственное ЛПУ или частную клинику (54 и 24%) либо будут искать знакомого врача (14%) или же от-

правят по интернету медицинские документы на консультацию другому врачу (2%) (рисунок 62).

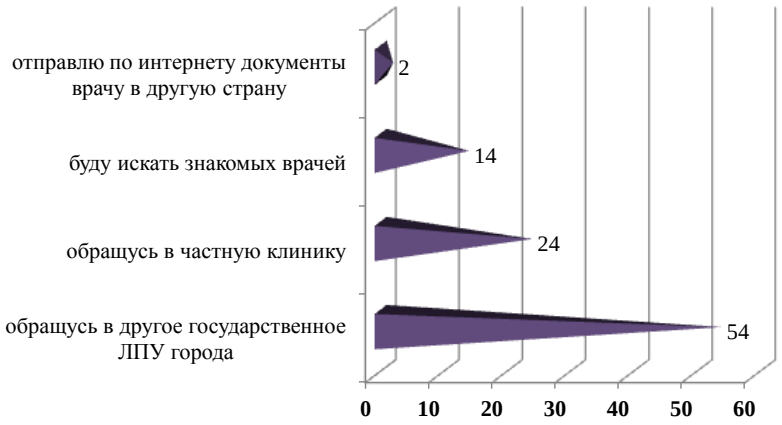


Рисунок 62. Действия потенциальных пациентов в случае сомнения в уставленном диагнозе

В условиях возникших конфликтных ситуаций с врачом и пациентом, 74,5% опрошенных будут обращаться к руководству того медицинского учреждения, где была оказана медицинская помощь, 19,1% – в вышестоящий орган (департамент), а 1,0% – обратятся сразу же в суд.

При возникновении «врачебных ошибок» 51,1% респондентов примут меры юридического воздействия; 23,4% – постараются исправить допущенную ошибку путем обращения к другим специалистам и всего лишь 6,4% опрошенных постараются простить медика. При благоприятном исходе качества оказания экстренной помощи большая часть респондентов (68,1%) устно выскажут врачу свою благодарность, 25,5% – отблагодарят медработника материально и лишь 6,4% обратятся к руководству больницы для вынесения медицинскому персоналу благодарности.

Анализ данных анкетирования потенциальных пациентов показал, что 23,4% респондентов при наличии пострадавших в ДТП окажут им первую помощь, 66 % – предпочтут вызвать скорую медицинскую помощь, 6,4% – вообще не будут «ввязываться в ситуацию во избежание проблем», а 4,3% – будут искать среди окружающих лиц с медицинским образованием для оказания медицинской помощи пострадавшим. Такой же подход будет наблюдаться при обнаружении

лежащего на земле человека, находящегося в состоянии алкогольного опьянения либо в испачканной грязью или неопрятной одежде при наличии у него кровоточащей раны на волосистой части головы: 72,3% опрошенных вызовут скорую и милицию, 10,6% – попытаются оказать помощь (выяснить адрес, поднять с земли и посадить на скамейку и пр.), 17% – сделают вид, что их это не касается. Такой подход свидетельствует о том, что асоциальный вид человека у большинства граждан вызывает негативную реакцию, и они возлагают ответственность за оказание помощи такой категории пострадавших на государственные структуры.

17,0% населения считает оплату врача в городе Москва адекватной, 51,1% – категорически с этим не согласились. 19,1% (18 человек) полагают, что оплата труда врача оказывает влияние на эффективность его профессиональной деятельности, 42,6% (40 респондентов) считает, что государство должно достойно оплачивать труд медицинских работников.

Результаты проведенного исследования причин ухудшения качества медицинского обслуживания населения города Москвы по результатам социологического опроса как врачебного звена, так и пациентов показали, что проблематика связана, прежде всего, с организацией оказания экстренной медицинской помощи и низким уровнем юридической и психологической подготовки медицинских работников.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оказание экстренной травматологической помощи населению мегаполиса является одной из актуальных тем современного здравоохранения не только в вопросах ее организации, но и с точки зрения медико-правовых аспектов. Изменение нормативно-правовой базы современного здравоохранения России, принятие ФЗ № 323 в 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с четкой дефиницией медицинской помощи, которая определена как «комплекс мероприятий … включающий предоставление медицинских услуг»; принятие большого числа нормативных актов по качеству оказания медицинской помощи (приказы МЗ РФ № 422н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»; МЗ РФ № 810а «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения») в значительной мере закрепили приоритет прав пациента при оказании МП. В этой связи деятельность врача-травматолога по оказанию экстренной травматологической помощи сопряжена со значительными правовыми рисками. Экстренная медицинская помощь, согласно статье 32 ФЗ № 323, выделена в самостоятельную форму МП. Для травматологических пациентов характерна быстротечность развития патологических состояний, особенно в острый период травматической болезни, что выделяет экстренную травматологическую помощь в особый раздел и требует особых подходов к организации порядка использования медицинских ресурсов. Любая услуга оформляется в форме договора, в данном случае договором будет согласие пациента на выполнение медицинского вмешательства, где врачом должны быть разъяснены все возможные его последствия. В экстренной медицине вопрос непрогнозируемого исхода всегда остается открытым. Экстренная травматологическая помощь становится более специализированной, технологически оснащенной и дорогостоящей, наблюдается нарастание хирургической активности, отмечается неукоснительный рост числа экстренных оперативных вмешательств, ввиду чего количество вопросов по ее организации и качеству оказания только возрастает.

Несмотря на проводимое реформирование здравоохранения, число судебных исков, инициируемых пациентами для защиты своих прав и законных интересов постоянно увеличивается. Это влечет за собой взыскание неустоек с ЛПУ, штрафы, накладываемые судом, компенсации морального вреда пациенту или его родственникам. В условиях сложившейся обстановки ЛПУ должно аргументировано отстаивать свои интересы, руководствуясь медико-экспертными критериями качества оказания МП.

Именно поэтому цель исследования была направлена на изучение организации оказания экстренной МП пострадавшим с повреждениями ОДА на догоспитальном и госпитальном уровнях в условиях мегаполиса; выявление причин и условий, влияющих на качество лечебно-диагностического процесса; разработку научно-обоснованных экспертных критериев оценки КМП, организационных мероприятий, направленных на совершенствование деятельности медицинских организаций, осуществляющих экстренную травматологическую помощь. Для достижения поставленной цели был проведен анализ медицинской документации скорой медицинской помощи и многопрофильного стационара за период 2012–2014 гг.: 340 СЛ СМП (форма №114/у), 490 МКСБ (форма №033/у), 50 протоколов заседаний клинико-экспертных комиссий по анализу летальных исходов, отчетов заведующих травматологическими отделениями, отчетных форм № 14 для ЛПУ «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих помощь в стационарных условиях». Проанализировано 38 комиссионных СМЭ, проведенных по материалам уголовных и гражданских дел, материалов проверок качества оказания экстренной травматологической помощи; 250 заключений СМЭ, выполненных с сентября 2011 по декабрь 2014 гг. с привлечением врача-травматолога при установлении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. Проанализированы состояния нормативно-правового обеспечения при оказании экстренной медицинской помощи. Оценка качества оказания экстренной травматологической помощи пострадавшим с травмами ОДА проведена на следующих ее этапах: СМП, приемного и специализированного отделения многопрофильного стационара (включая реанимационное отделение). Для выяв-

ления проблем организации и оптимизации оказания экстренной травматологической помощи пострадавшим с травмами ОДА было выполнено масштабное аналитико-экспериментальное пилотажное социологическое исследование как наиболее распространенней метод получения первичной информации. Объектом исследования стали: 100 врачей-травматологов в возрасте от 24 до 62 лет различных квалификационных категорий, осуществляющие экстренную круглосуточную травматологическую помощь; 100 пациентов травматологических отделений различных возрастных групп и социального статуса; 94 так называемых «потенциальных пациентов» – респонденты в возрасте от 17 до 25 лет, которые относятся к категории травмаопасного возраста (смертность в результате травм в людей данной возрастной группе стоит на I месте), поколение, живущее в новых социально-экономических условиях (т.е. не заставших «советскую модель» здравоохранения); 96 студентов-медиков старших курсов (IV, V, VI курсов). Применен метод опроса в виде очного анонимного индивидуального анкетирования сплошным методом. Для каждой категории опрашиваемых были разработаны анкеты, с готовыми вариантами ответов и возможностью указания собственного варианта ответа (в некоторых случаях). Вопросы были разделены на проблемные блоки, которые также были выбраны для каждой группы респондентов. Была разработана структурная схема медико-экспертного анализа медицинской документации, включающая несколько аналитических этапов исследования, каждый из которых рассматривался по объективным критериям. Первый этап содержал информационно-аналитическую обработку, т.е. оценку правильности ведения и оформления медицинской документации. Использовались критерии: хорошее, удовлетворительное, неудовлетворительное качества ведения. Следующим этапом оценивалось выполнение лечебно-диагностических мероприятий и их соответствие со стандартами оказания медицинской помощи. Были взяты следующие параметры: правильность, своевременность, обоснованность, достаточность, адекватность. Третий и четвертый этап – выявление недостатков в оказании МП, связанных с организацией, диагностикой и лечением потерпевших и их влияние на качество МП.

Информационно-аналитический этап анализа работы СМП показал, что медицинская документация СМП ведется ненадлежащим образом. Так, в 28,5% СЛ было выявлено по 2 и более ошибок при их заполнении, у каждого шестого потерпевшего клинический диагноз при травмах ОДА носил предположительный характер, в 6,2% случаев допускалась некорректность его формулирования. Имевшиеся упущения и недостатки заполнении СЛ сотрудниками СМП в большей части были обусловлены субъективными причинами: ненадлежащим отношением к ведению медицинской документации, недостаточными познаниями в области травматологии и ортопедии. Стандартами качества СМП у пострадавших травматологического профиля предусмотрено проведение обезболивания, иммобилизации повреждения, инфузионной терапии при травме, сопровождавшейся клинической картиной шока, контроля показателей гемодинамики. Иммобилизация конечностей при костной травме выполнена 56,2% пострадавшим, в то время как она была показана в 69,4% случаев. Обезболивание проводилось 69,8% пострадавшим, хотя по нашему мнению в нем нуждалось на 7,4% больше от выполненного числа. Наличие ран на различных областях тела было установлено у 19,7% пациентов, в то время лишь у 74,6% из этого числа, имелось наличие асептической повязки, в 25,4% повязки отсутствовали. Контроль АД и пульса у пострадавших старше 60 лет проведен в 37,0% от общего числа пострадавших и 97% – от числа пострадавших старше 60 лет; контроль АД не был проведен в 4,7% случаев. Инфузионная терапия была проведена 11,4% случаев, в то время как по тяжести состояния в ней нуждались 16,8%. Причины отказа в проведении инфузионной терапии (41,2%) были объективными: отказ от внутривенных вливаний со стороны пациента, технические трудности постановки внутривенного катетера; и субъективными (58,8%): недооценка состояния пациента, неправильная техника выполнения катетеризации периферической вены (установка внутривенного катетера типа «бабочка» под кожу) выявлена в 3,2% от общего числа пострадавших и 28,2% – от числа установленных катетеров.

По данным результатов анализа СЛ лечение соответствовало стандартам в 78,8% случаев; в 21,2% – отмечены нарушения в соблюдении стандартов лечения.

При оценке совпадения диагнозов СМП и стационара установлено, что полное их совпадение было в 71,2%; расхождение, которое не повлияло на тактику ведения пострадавшего – 4,7%. Серьезные упущения диагностики выявлены у значительного числа пострадавших (27,4%) с травмами ОДА, которые были связаны с недостаточными знаниями клинической симптоматики переломов, недооценкой тяжести состояния пострадавшего.

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. Доставка в стационар заняла не более часа с момента получения травмы у 12,4% пострадавших.

В 18,2% было нерациональное использование СМП, при этом в 14,1% случаях помощь могла быть вполне оказана в травматологическом пункте.

Анализ материала выявил случаи (3,2%) необоснованной доставки пациентов в стационар из общественных мест, со следами травмы в виде осаднения кожи в состоянии алкогольного опьянения без имеющихся показаний для госпитализации. Установлено, что в настоящее время работа СМП при оказании МП пострадавшим с травмами ОДА в значительной мере зависит от качества работы поликлиник и травматологических пунктов. Из травмпунктов и поликлиник доставлено 15,3% от общего количества исследуемых больных, у 63,5% из них диагноз был установлен некорректно, т.е. они не нуждались в экстренной госпитализации в стационар, медицинская помощь им могла бы быть оказана амбулаторно. Анализ материала свидетельствует, что одной из основных причин необоснованного направления на госпитализацию является недостаточная квалификация врачебного персонала ЛПУ, которые используют работу СМП в качестве перевозки, так как бригада СМП, которая приезжает на эти вызовы является фельдшерской и не вправе оспаривать выставленный врачом ЛПУ диагноз.

Таким образом, анализ работы СМП при оказании помощи пострадавшим с травмами ОДА на догоспитальном этапе показал, что работа СМП в условиях ме-

гаполиса сопряжена с многочисленными трудностями: загруженностью автомобильных дорог и улиц, удаленностью места происшествия от крупных стационаров, большим количеством вызовов при ухудшении погодных условий. На эффективность работы СМП влияют организационные упущения: ненадлежащее обеспечение диагностического процесса амбулаторно-поликлинического звена, диспансерного наблюдения за больными с хронической патологией опорно-двигательного аппарата, недостаточная работа, направленная на повышение квалификации врачей травматологических пунктов. Для оказания догоспитальной помощи больным травматологического профиля требуется дополнительное материально-техническое оснащение бригад СМП современными облегченными медицинскими изделиями для иммобилизации поврежденных конечностей и таза. Необходимость адекватного контроля качества оказания медицинской помощи для СМП неоспоримо, так как от этого зависит оценка работы всей станции СМП при проверке ее деятельности, лицензировании и аккредитации. До сих пор отсутствует система контроля качества СМП пациентам травматологического профиля. Для этого необходимо в каждом ЛПУ проводить оценку деятельности работы СМП с оформлением выявленных дефектов и информированием ДЗ г. Москвы. Во время суточного дежурства необходима фиксация указаний на наличие дефектов СМП на диспетчерском пункте.

Информационно-аналитический этап изучения медицинской документации, проведенный на уровне приемного отделения, выявил следующие упущения: в 37,3% случаях – отсутствие описания характера телесных повреждений; в 13,7% – разночтения в их описании; в 7,3% случаях – отсутствовали сведения о наличие соматической патологии у лиц пожилого и старческого возраста; в 3,5% случаях – не было подписей пациентов в информационном листе согласия на проведение медицинских манипуляций; 13,7% – недостаточно обоснованное назначение рентгенограмм органов грудной клетки и таза; 3,8% – отсутствие назначения АС, ПСС при наличии ран. Основным показателем работы приемного отделения при оказании экстренной помощи пострадавшим с травмами ОДА, который, согласно приказу № 422 с 07.07.2015 г. включен в перечень оценки критериев оказания МП,

является время пребывания пострадавшего в приемном отделении. Другие показатели это объем и обоснованность проведенных методов диагностики, необходимость госпитализации. Так, результаты исследования показали, что время пребывания пострадавших с травмами ОДА на территории приемного отделения варьируется в значительных пределах от 30 мин до 6 часов. Среднее время пребывания в приемном отделении составило в среднем 3 часа 36 минут. Время между оформлением медицинской документации в среднем – 25 минут до начала приема врача травматолога в 87,4% случаев, т.е. в этот промежуток времени пациент оставался без надлежащей врачебной помощи. Согласно исследованию задержка пострадавшего в приемном отделении была выявлена в 44,1% наблюдений.

При ретроспективном анализе медицинской документации у 32 доставленных после ДТП пострадавших (74,4%), отсутствовала клиническая симптоматика, при которой показано выполнение большинства методов обследования, в то время как им проводилось их значительное число. Так лишь в 25,6% была описана клиническая симптоматика для назначения и выполнение УЗИ исследования, в 16,3% МКСБ были указаны клинические признаки нетяжелой ЧМТ, в 25,6% – наличие жалоб на боли в области грудной клетки, в 32,6% – на боли в области таза и тазобедренных суставов. Не следует отрицать, что принятый в клинике алгоритм обследования пострадавших после ДТП является совершенно обоснованным, однако зачастую имеет место так называемый «бесконтактный» осмотр пациента, когда врач лишь узнав обстоятельства травмы – ДТП – назначает весь комплекс обследований, без достаточного обоснования его клиническими данными. Обращает внимание, что в ряде случаев (7%) все вышеперечисленные обследования назначались медицинской сестрой, которая, после получения результатов исследования осуществляла вызов врача для осмотра больного и определении тактики лечения. Несомненно, формальный подход к назначению методов исследования, ориентированный лишь на механизм травмы является порочной практикой и обуславливает значительные перегрузки медицинского оборудования, среднего и младшего медицинского персонала, и соответственно увеличивает стоимость лечения. Таким образом, приведенные сведения работы приемного отделения многопрофиль-

ного стационара по оказанию экстренной травматологической помощи пострадавшим с травмами ОДА свидетельствуют, что оно работает в режиме значительных перегрузок, что оказывает негативное влияние на качестве оказываемых медицинских услуг.

Ретроспективный анализ медицинской документации показал, что ошибочная диагностика травм ОДА выявлена у 11,2% пострадавших, госпитализированных в стационар, у 5,5% - отпущенных на амбулаторное лечение. В 7,9% случаях клиническая картина наличия костных повреждений носила декларированный характер, без приведения соответствующей клинической симптоматики. Анализа МКСБ показал, что причинами ошибочной диагностики стали: недостаточно собранный анамнез; неполное обследование пострадавшего; отказ пациента от предлагаемых инструментально-диагностических исследований. Обобщение данных об основных причинах диагностических ошибок у больных с травмами ОДА на этапе приемного отделения больницы свидетельствует, что ошибочная диагностика допущена по объективным причина в 17,2% случаях. Объективные причины: тяжелое состояние пациента, наличие травматического шока, алкогольное опьянение или психический статус пострадавшего, значительно затрудняют диагностический поиск. Субъективными причинами ошибочной диагностики, отмеченными в остальных 82,8% случаев, были: недостаточное клиническое обследование, сбор анамнеза, неполная характеристика жалоб, недостаточное объективное исследование. Необоснованная госпитализация была выявлено в 13,3%. Большая часть - это пострадавшие, находившиеся в состоянии алкогольном опьянении, либо одинокие пожилые люди или лица без определенного места жительства.

Каждое ЛПУ самостоятельно организовывает работу помощи пострадавшим с травмами и повреждениями ОДА, исходя из внутреннего резерва, побуждений и имеющегося практического опыта. Такой подход к организации работы экстренной травматологической службы на базе многопрофильного стационара является недостаточным, поскольку не учитывается ряд факторов оказания неот-

ложной помощи пострадавшим, в частности лицам в состоянии травматического шока.

На основании проведенного исследования необходим пересмотр следующих материально-технических параметров работы приемного отделения:

1. обеспечение травматологической службы каталками с возможностью проведения рентгенологического исследования без перекладывания пострадавшего;

2. оснащение «гипсовой» электронно-оптическим преобразователем для выполнения адекватной репозиции переломов и возможностью распечатки результатов ее выполнения, что в значительной мере уменьшит нагрузку на рентгеновский кабинет;

3. информационно-техническое оснащение кабинета врача травматолога для оформления обеспечения медицинской документации с возможностью одновременной врачебной помощи;

4. наличие противошоковой палаты, решение вопроса о госпитализации в которую принимает ответственный по профилю травматолог.

На основании проведенного анализа необходим пересмотр организационно-лечебной работы приемного отделения, основные требования по данному вопросу следующие:

1. обеспечение минимизации транспортировки пациента с сочетанной травмой в состоянии травматического шока по территории приемного отделения (осмотр специалистов в условиях противошоковой палаты, выполнение рентгенологического обследования также в условиях противошоковой палаты, там же выполнение УЗИ исследования и проведение лечебных манипуляций - ПХО ран, скелетного вытяжение и пр.);

2. строгая регламентация времени пребывания пациентов с шокогенной травмой в условиях приемного отделения не более 1 часа, с обязательным ежедневным сбором информации о причинах их более длительного пребывания зам. главного врача по профилю с разбором на утренней врачебной конференции каждого конкретного случая задержки.

В ходе исследования выявлена необходимость проведения первичной сортировки пострадавших с оценкой тяжести травматического шока, нуждаемости в выполнении неотложных мероприятий. Работу по первичной сортировки пострадавших с травмами ОДА должен осуществлять врач-травматолог приемного отделения. В случае выявления при первичной сортировке пострадавших в состоянии шока, множественной костной травмой, наличием кровотечения необходимо привлечение для дальнейшей работы с пострадавшим ответственного по профилю «травматология» или дежурного врача по оперблоку. Ответственным дежурным по профилю «травматология ортопедия» должен назначаться специалист, с высшей квалификационной категорией имеющий подготовку по специальности, со стажем работы не менее 10 лет работы с контингентом пострадавших с сочетанной и множественной травмой.

На основании изучения ошибок в вопросах организации помощи пострадавшим с травмами ОДА в многопрофильном стационаре необходимо отметить такой организаций вопрос как роль руководителя (заведующего) приемным отделением, который должен уметь осуществлять оперативный контроль за организацией качества лечебно-диагностического процесса в приемном отделении, своевременно выявлять недостатки и упущения в работе травматологической службы. Таким образом, при решении кадрового вопроса о назначении на должность руководителя (заведующего) приемным отделение необходимо учитывать специализацию и наличие высшей квалификационной категории по специальностям: «хирургия», «травматология и ортопедия», «анестезиология и реаниматология», стаж работы в многопрофильном стационаре, оказывающим в основном ургентную круглосуточную помощь не менее 15 лет, имеющий ученую степень кандидата медицинских наук.

Учитывая высокий уровень диагностических ошибок при распознавании травм ОДА на этапе приемного отделения, отечественными и иностранными специалистами были предложены алгоритмы диагностического поиска повреждений, однако данные алгоритмы не всегда приемлемы в практическом смысле, так как отражают этапы обследования для каждой отдельной группы переломов. Зача-

стую эти алгоритмы содержат громоздкие диагностические схемы и протоколы лечения с включением достаточно дорогостоящих и не всегда уместных методов исследования. Таким образом, уже существующие алгоритмы имеют следующие недостатки:

1. не позволяют ускорить диагностику,

2. громоздки по смысловому содержанию,

3. созданы без учета механизма травмы и наличию у пациента травматического шока.

Изучив частоту и структуру травм ОДА, послужившим поводом для госпитализации; проанализировав качество их экстренной диагностики, особенности клинического течения травм ОДА, вызвавших наибольшие трудности в диагностике; изучив зависимость качества диагностики от пола возраста, психического состояния пациента нами проведена разработка алгоритмов диагностического поиска и протоколов лечения пострадавших с изолированной (схема 1), сочетанной и множественными (схема 2) повреждениями ОДА в условиях приемного отделения.

Использование наших алгоритмов позволило уменьшить вероятность ошибочной диагностики, в том числе на уровне приемного отделения у пострадавших с травмами ОДА.

Таким образом, правильная и гибкая работа приемного отделения стационара помогает рационально регулировать поток пострадавших, своевременно оказывать высококвалифицированную помощь.

При анализе работы стационарной помощи у пострадавших с травмами ОДА использовались следующие медико-экспертные критерии: длительность пребывания в стационаре, согласно Московским городским стандартам стационарного лечения взрослого населения, сроки и качество выполнения остеосинтеза с момента поступления пострадавшего в стационар.

Анализ МКСБ у пострадавших с травмами ОДА показал, что при ряде повреждений, что составило 16,7% случаев, шифр по коду МКБ-10 которых следующий: T02.5; S92.00; S53.1; S43.0; S42.8; S32.7 сроки пребывания пациента в ста-

ционаре превышали в 2 – 3 раза показатели Московских городских стандартов стационарного лечения. Выявлены основные причины длительности пребывания пациентов на этапе стационарной помощи: дефекты работы амбулаторно-поликлинического звена, а также дефекты в организационной работе стационара. В тактике лечения повреждений ОДА у 68% пострадавших использовались оперативные методы, в то время как в выполнении первичного остеосинтеза нуждалось 92,0% пострадавших, т.е. 18,0% пострадавшим оперативная тактика лечения была заменена на консервативную. Результаты исследования свидетельствуют, что каждому пятому пострадавшему 20,5% по экстренным показаниям был выполнен остеосинтез. В срочном порядке 18,6% пациентам была проведена операция, где выполнен первичный остеосинтез. Отсроченное оперативное лечение выполнено 26,6% с применением накостного и интрамедуллярного остеосинтеза. В плановом порядке было прооперировано 40,2% пациентов, что составило наибольший процент от всех оперированных больных. Определены основные причины несвоевременного выполнения первичного остеосинтеза:

1. Отсутствие (или недостаточное количество) металлофиксаторов, что не позволило в 21,3% случаев выполнить первичный остеосинтез. Данная проблема являлась одной из наиболее актуальных в лечении пациентов с травмами ОДА, что связано с недостатками финансирования ЛПУ, несовершенстве в организации помощи пострадавших с травмами ОДА по системе ОМС.

2. Тяжесть перелома. Ввиду того, что время операции занимает более 3 часов, выполнить оперативное лечения в экстренном порядке силами бригады травматологов по оказанию круглосуточной помощи технически трудно. Это относится к повреждениям в области мыщелков плечевой кости, мыщелков голени.

3. Наличие соматической патологии у пациента, которая требует дополнительных методов исследования, выполнение некоторых из них технически затруднено в экстренном порядке.

4. Наличие нарастающего отека конечности с развитием трофических нарушений в виде эпидермальных пузырей (фликтен) – 10% пострадавших.

5. Развитие тромбоза глубоких вен нижних конечностей, что потребовало коррекции лечения и отсрочки в выполнении операции, который был диагностирован у 12,6% пострадавших (причем флотирующий характер тромбоза выявлен у 26,3% из них).

Объективные причины отказа от оперативного лечения были обусловлены: отсутствием показаний после успешной повторной репозиции костных отломков; развитием тяжелых гипостатических осложнений в ранние сроки после госпитализации пациента в стационар; высоким риском оперативного вмешательства, когда предполагается неблагоприятный исход. К объективным причинам отказа от хирургического вмешательства, не связанных с деятельностью стационара, являлись отказ потерпевшего от операции по личным мотивам, отсутствие финансовых возможностей (житель другого государства, отсутствие страхового полиса).

К недостаткам деятельности стационара организационного характера, приводящим к необоснованному отказу от выполнения остеосинтеза отнесены: неадекватная предоперационная подготовка по профилактике гипостатических осложнений у пациентов старческого возраста, ненадлежащий контроль медицинского персонала за состоянием кожных покровов (например, при сдавлении гипсовой повязкой области перелома), недостаточная антикоагулянтная профилактика, что привело к развитию тромбоза. От общего количества наблюдений причины отказа от оперативного лечения выявлены у 9,3% пролеченных пациентов.

В качестве маркеров унифицированного подхода к анализу качества госпитальной помощи определено три контингента пациентов: с сочетанной и множественной травмой; переломами проксимального отдела бедренной кости; переломами в области локтевого сустава; пациенты с травмами ОДА, отягощенные психиатрической патологией. Выбранные контингенты не случайны, т.к. в каждой группе имеется ряд проблем с точки зрения медикоэкспертной оценки и медико-правового обеспечения оказания качественной экстренной МП. Так, для пострадавших с сочетанной и множественной травмой в большинстве ведущих клиник РФ, применяются

различные шкалы оценки тяжести травм, отсутствует единая система подходов в лечении.

В ходе исследования подтверждено, что наиболее эффективной является разработанная отечественными учеными Блаженко А.Н., Дубровым В.Э. [2012] шкала «ШОСС» (шкала относительной стабилизации состояния), в которой учтены принципы «damage control».По нашему мнению, шкала «ШОСС» 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 pH крови, концентрацию натрия и калия в крови, чтобы решить вопрос о тактике дальнейшего ведения пострадавшего, сроках и видах остеосинтеза.

Ошибки в лечение пострадавших с тяжелой сочетанной и множественной травмой разделены на диагностические, тактические, организационные. По результатам нашего исследования диагностические ошибки в основном связаны с нарушением сознания пострадавшего или затруднением контакта с ним ввиду шокового состояния. Не всегда диагностируются так называемые «малые» переломы. Как показывает анализ материала, при первичном обследовании больного с тяжелой сочетанной и множественной костной травмой не регистрируются от 5 до 20% повреждений, что обусловлено объективными и субъективными факторами. Диагностические ошибки у этой группы пострадавших выявлены в 38,5% случаев. Объективными причинами явились кратковременность (менее часа) пребывание пострадавшего в стационаре - 10%; тяжелое состояние пострадавшего (кома II-III ст.) -13,7 %. Диагностические ошибки были обусловлены субъективными причинами. В 14,8 % отмечено нарушение диагностического протокола обследования (отсутствие первичного осмотра травматологом при поступлении),

невнимательный осмотр пострадавшего (осмотр пострадавшего в верхней одежде, отказ от пальпаторного метода обследования).

Тактические ошибки заключались как в расширение показаний к остеосинтезу при отсутствии достаточной компенсации общего состояния, что было зафиксировано в 3 случаях, так и в отказе от хирургического вмешательства в показанных случаях - 5 случаев, неполноценном хирургическом пособии в 7 случаях.

К неадекватной инфузионно-трансфузионной терапии были отнесены: позднее начало гемо- и плазмотрансфузии - в 7 случаях, малые объемы трансфузии - в 9. Проведение бесполезных исследований, требующих транспортировки пострадавшего сразу после окончания экстренной операции: МСКТ исследования в 7 случаях.

Организационные – отсутствие преемственности между службами экстренной помощи: приемным отделением и отделением реанимации, отделением реанимации и травматологической службой. Установлено, что у 15,7% пострадавших позднее оказание полноценных реанимационных мероприятий было начато спустя 5 и более часов после предварительного обследования в условиях приемного отделения. У каждого пятого умершего с сочетанной травмой, сопровождавшейся травматическим шоком, кровопотерей имелась возможность предотвратить летальный исход. По нашему мнению, все упущения в оказании помощи пострадавшим в стационаре можно условно разделить на следующие проблемные уровни: «индивидуальный», т.е. тактика действий обусловлена 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 рацио-

нальный комплекс обследования пострадавших с сочетанной и множественной травмой, который в обязательном порядке включает в себя:

- 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.

Выделение пострадавших пожилого и старческого возраста в качестве маркера унифицированного подхода к анализу качества госпитальной помощи не случайно, связано с тенденциями развития современной травматологии, которая включает рост оперативной активности в отношении данного контингента больных. По общеклиническим статистическим данным, отмечается практически 100% оперативное лечение пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости. Объективный анализ значительного количества клинического материала указывает на рациональность использования активной хирургической тактики в лечении данного контингента больных. Однако ее применение связано с повышенными правовыми рисками для оперирующего врача, так как даже прогнозируемые вредные эффекты медицинского вмешательства в состояние здоровья пациента входящие в договорные условия предоставления профессиональной услуги, относительно которых пациент должен быть информирован, не освобождают медицинского работника от уголовной и гражданской ответственности. Проведенный нами анализ клинического материала показал, что имеются значительные упущения в тактике ведения и предоперационной подготовки указанной категории пострадавших, существующие стандарты оказания помощи данной категории больных не отвечают всем современным требованиям и нуждаются в корректировке. Согласно медицинской документации всем пострадавшим назначались анальгезирующие, противовоспалительные препараты 100%, антикоагулянтная профилактика тромбоза (по стандарту гепарин натрия 15000 МЕ в сутки); сердечные препараты – в 73% случаев, антибактериальная терапия - в 69%, седа-

тивные препараты – в 43%, витамины – в 15%, трансфузионная терапия – в 42%, гемостатическая терапия – в 12%, десенсибилизирующие препараты - в 9% наблюдений. Если рассматривать данную травму с точки зрения концепции травматической болезни, то у пострадавших с переломами вертельной области в связи с наличием кровопотери (особенно при многооскольчатом характере повреждения) имелась клиническая картина травматического шока I степени, что является безусловным показанием для проведения инфузионной терапии. Таким образом, в проведении трансфузионной терапии нуждалось значительно большее количество пострадавших - 73,0%; в назначении сердечных препаратов 82,1% пострадавших.

Анализа лечебного процесса показал, что отказы в оперативном вмешательстве по «срочным показаниям» в 40,6% случаев были обусловлены: у 2-х потерпевших - отсутствием металлоконструкций; у 3-х - недостаточным объемом предоперационной подготовки, у 3-х – несвоевременным выполнением УЗАС; у 3-х – несвоевременным ЭХО КГ исследованием, задержкой в проведении консультаций кардиолога – у 2 потерпевших. Необходимо отметить, что у всех пострадавших имелась множественная соматическая патология, поэтому, показания для оперативного лечения определялись как степенью их выраженности и компенсированным состоянием пострадавшего, так и оценкой активности пострадавшего до травмы по индексу Бартела к сфере самообслуживания и мобильности (прием пищи, прием ванны, одевание, перемещение, персональная гигиена, контроль дефекации, мочеиспускания, посещение туалета, мобильность, подъем и спуск по лестнице). Практический опыт свидетельствует, что металлофиксаторы для остеосинтеза проксимального отдела бедренной кости имеют свои конструктивные особенности, установочный инструментарий и технологию проведения остеосинтеза, что оказывает определенное влияние на результативность лечения. Основной принцип выбора: минимизация кровопотери, обеспечение стабильной фиксации. В данной ситуации подходящим являлся остеосинтез интрамедуллярным гвоздем, который был использован в 100% случаях.

При выполнении оперативного метода лечения в 9,3% случаях допущены ошибки: технические и тактические, в том числе неправильный подбор металлофиксатора, использование коротких винтов (3,7%).

Анализируя клинические данные и медицинскую документацию выявлено, что проведение повторных оперативных вмешательств у этой категории пострадавших ведет к значительному удлинению сроков госпитализации, развитию инфекционных осложнений. У одного пациента наступил летальный исход. В то же время, большая часть оперированных по «срочным» показаниям больных – 51,2, были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии, средние сроки госпитализации составили 14,2 койко-дней. Сроки госпитализации пациентов, которым было выполнено оперативное лечение в плановом порядке (т.е. более чем через 7 суток с момента поступления в стационар) составили 22,8 койко-дней.

Для правового обеспечения обоснования необходимости выполнения операции по «экстренным показаниям», нами проведена разработка детализированных рекомендаций, определяющих комплекс предоперационной подготовки и утверждение показаний и противопоказаний к выполнению оперативного пособия у лиц пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (схема 3).

Травмы у пациентов с психиатрической патологией не редки, исходы лечения повреждений опорно-двигательной системы не всегда предсказуемые, могут заканчиваться развитием тяжелых осложнений и даже смертью больного. Именно поэтому повреждения опорно-двигательного аппарата у таких пациентов - сложная проблема как для диагностики, так и для лечения. Диагностические ошибки были допущены в 10,0% случаях. При осмотре данного контингента больных необходимо оценивать наличие гематом, кровоподтеков, ссадин, ран, деформации в области повреждения, наличие патологической подвижности, крепитации костных отломков. Всем пострадавшим был применен метод рентгенологического обследования, МСКТ выполнялась в случаях сомнительной рентгенологической картины переломов костей таза, позвоночника. В обязательном порядке назнача-

лась МСКТ головного мозга при повреждениях мягких тканей волосистой части головы или высокоэнергетических травмах (падение с высоты, ДТП).

Известно, что большая часть пациентов этой группы принимает нейролептические препараты, которые приводят к дисбалансу системы иммунитета, нарушениям в работе сердечно-сосудистой системы. Ввиду этого всем пациентам при поступлении выполняли ЭКГ и проводили осмотр терапевтом. Основным вопросом при оказании стационарной помощи у пациентов с психиатрической патологией, получивших травму опорно-двигательного аппарата, является тактика лечения переломов, выбор которой во многом зависит от тяжести психического статуса пациента. Тяжелое психическое состояние определяется наличием выраженной продуктивной симптоматики - галлюцинаторно-параноидной, синдромов расстройства сознания или признаков грубого апатоабулического и органического слабоумия.

Наложение гипсовых лонгет применили 46,6% пациентам. Анализ материала показал, что этот метод иммобилизации у данной категории пострадавших оказывается несостоятельным, поскольку они самостоятельно снимали повязки, и даже при ежедневной повторной фиксации не удавалось достичь хорошего результата, что было отмечено в 26,7%. Нередко наложение гипсовых лонгет приводило к грубым трофическим нарушениями, что отмечено в 23,3%.

Проведение раннего остеосинтеза у данной категории пострадавших сопряжено с рядом трудностей, не только в клиническом плане, но и в медико-правовом отношении. Значительная часть пострадавших 35% являются недееспособными гражданами и выполнение им оперативных вмешательств возможно лишь с разрешения самого пострадавшего, опекунов или консилиума врачей с получением данных из суда о недееспособности (статья 11 ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании (с изменениями на 8 марта 2015 года)»), что удлиняет сроки предоперационного периода.

Использование у пациентов психиатрического профиля таких методов лечения как скелетное вытяжение недопустимо ввиду наличия у большинства больных психомоторного возбуждения или гиподинамии с быстрым развитием гипо-

статических осложнений. У психиатрических больных с внутрисуставными повреждениями был использован метод усиленной гипсовой иммобилизации с последующей ранней функциональной реабилитацией.

21,5% пострадавшим, получившим с механическими повреждениями на фоне многодневного запоя, при поступлении в стационар без проведения седативной терапии было налажено скелетное вытяжение, что являлось ошибочной тактикой. В данном случае в первую очередь необходимо было назначить седативную терапию и воздержаться от скелетного вытяжения, а при невозможности его избежать, например, при переломах бедренной кости, показан ранний остеосинтез с последующим в целях купирования алкогольного делирия наблюдением пациента в условиях отделения реанимации. По данным медицинских документов метод раннего остеосинтеза был применен у 48,9% пациентаов с переломом бедренной кости и с переломом костей голени.

Таким образом, анализ результатов лечения пациентов с повреждением опорно-двигательного аппарата и сопуствующей психиатрической патологией свидетельствует, что применение раннего остеосинтеза у этой группы больных позволяет снизить риск развития гипостатических осложений и улучшить качество их жизни и способность к самообслуживанию.

Выделение в качестве маркера унифицированного подхода пострадавших с травмами в области локтевого сустава обусловлен с медико-правовыми вопросами оценки тяжести причиненного вреда с точки зрения судебно-медицинской экспертизы. Результаты исследования показывают, что даже при выполнении оперативного лечения число осложнений и дефектов оперативного лечения значительны и составляют 24,3%. Количество осложнений в результате переломовывихов в локтевом суставе довольно велико и, по данным нашего исследования, составляют 13,3%. Наиболее тяжелыми являются хроническая нестабильность - 3,3%, гетеротопическая оссификация - 14,3%, развитие раннего посттравматического артроза – 16,7%, невропатия локтевого нерва – 3,7%, контрактуры различной степени - 62%. Нормативно-правовым документом, регламентирующим, в настоящее время профессиональную судебно-медицинскую деятельность в Рос-

сийской Федерации, является приказ Минздавсоцразвития России №194 от 24.04.08. В настоящем приказе указаны критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. Согласно данному приказу, к тяжелой степени вреда, причиненного здоровью, вызывающему значительную стойкую утрату общей трудоспособности — не менее чем на одну треть, независимо от исхода и оказания (неоказания) медицинской помощи в отношении переломов костей, составляющих локтевой сустав, относят следующие повреждения: 6.11.2. открытый или закрытый перелом костей, составляющих локтевой сустав; 6.11.3. открытый или закрытый переломовывих костей предплечья: перелом локтевой в верхней или средней трети с вывихом головки лучевой кости (переломовывих Монтеджи) или перелом лучевой кости в нижней трети с вывихом головки локтевой кости (переломовывих Галеацци). Указанные пункты настоящего документа требуют уточнения понятия «перелом костей, составляющих локтевой сустав», необходимо также учитывать наличие или отсутствие смещения отломков при переломах костей, составляющих локтевой сустав. В перечислении переломовывихов нет необходимости указывать их наименование (Галеацци и Монтеджи), так как другие тяжелые переломовывихи (Мальгеня, Брехта, Эссекс-Лопрести), не входящие в эту группу, приводят также с тяжелым последствиям, как и указанные повреждения. Существует и так называемая «ужасная» триада локтевого сустава (вывих или подвывих костей предплечья кзади с переломом венечного отростка и головки лучевой кости), результаты лечения которой неудовлетворительные из-за рецидивирующей нестабильности и развития раннего посттравматического артроза. В критериях необходимо учесть квалификацию вреда здоровью при переломах в области мыщелков плечевой кости при внутрисуставном характере повреждения, которые также относятся к наиболее тяжелым по функциональному результату восстановления локтевого сустава. Однако вред здоровью (ВЗ) при переломах головки плеча или анатомической и хирургической шейки, которые в функциональном плане являются более благоприятной травмой, относят к тяжкому (пункт 6.11.1 приказа №194).

В случаях причинения вреда здоровью потерпевшему, связанного с противоправными действиями, в уголовном судопроизводстве возникает необходимость проведения судебно-медицинской экспертизы, результаты которой используются органами дознания, следствия и суда для установления состава преступления и его юридической квалификации. Наибольшие сложности существуют при юридической оценке неопасных для жизни и здоровья повреждений, которые требуют длительного лечения и в исходе их может наступить стойкая утрата общей трудоспособности. В судебно-медицинской практике длительность расстройства здоровья рассматривается с позиции морфофункционального течения процессов заживления, т.е. времени, прошедшего от момента причинения травмы до полного восстановления нарушений анатомической целостности тканей и органов с учетом времени функционального восстановления. В ряде случаев могут быть применены сроки временной трудоспособности лечения механического повреждения. Однако к ним нужно относиться критически, поскольку при выдаче листка временной нетрудоспособности могут учитываться не имеющие отношения к травме соматические заболевания и различные социальные факторы, в то время как квалификация вреда здоровью определяется при наличии прямой причинной связи между причиненной механической травмой и ее исходом в виде расстройства здоровья или развития постоянной утраты трудоспособности.

Как показывает практика, в большинстве случаев судебно-медицинские экспертизы потерпевшим с травмами мягких тканей, внутренних органов и костей скелета проводятся по медицинским документам медицинских организаций, когда потерпевшим были проведены различные лечебные мероприятия, изменяющие первичный вид и характер повреждений. В этой связи правильность ведения медицинской карты, как юридического документа, имеет важное значение для судебно-медицинской экспертизы при решении вопросов наличия и характера повреждений, механизма, давности и условий их образования, течения травматического процесса с момента обращения пострадавшего за медицинской помощью до выписки из стационара.

Анализ 250 заключений эксперта, оформленных по результатам производства комиссионных судебно-медицинских экспертиз с участием эксперта-травматолога, выявил сомнения по медицинской документации в выставленном диагнозе для подтверждения или опровержения диагноза при определении степени вреда, причиненного здоровью пациента. Несомненно, это приводит к необоснованным дополнительным материальным затратам для государственного судебно-экспертного учреждения и удлинению сроков производства экспертиз.

Как показал анализируемый материал, диагнозы были подтверждены лишь в 29,6% случаях. При этом вред здоровью в зависимости от степени тяжести распределился так: легкий – 18,8% случаев, средний – 9,2% случаев, тяжкий – 1,6% случаев, без вреда – 64,8% случая, не подлежало экспертной оценке – 5,6% случаев. Анализ медицинской документации, включая медицинские карты стационарного больного, амбулаторные карты, данные рентгенологических методов исследования и др. показал следующие упущения: отсутствие в описании локального статуса при выставленном диагнозе какого-либо травматического повреждения, указания на телесные повреждения (ссадин, кровоподтеков, гематом, ран), что было отмечено в 59,2% случаях. Практический опыт свидетельствует, что при травме в первый час после ее получения на кожных покровах не всегда имеются следы кровоподтеков, диагноз гематомы трудно установить. Однако, когда телесные повреждения не описываются на 2 и 3 сутки с момента получения травмы, то в данном случае можно говорить либо о неверно сформулированном диагнозе, либо о не травматическом характере болевых ощущений. Некорректное описание телесных повреждений установлено в 20,4%. Разногласие в описании кровоподтека и гематомы в 39,6% случаях, т.е. у врача-травматолога отсутствует четкость представления между кровоподтеком (под которым подразумевается кровоизлияние, пропитывающее подкожную клетчатку) и гематомой (полость, содержащая жидкую или свернувшуюся кровь). Результаты анализа свидетельствуют, что такие записи можно встретить как при описании телесных повреждений врачами-травматологами с небольшим опытом работы, так и в описании локального статуса уже опытными врачами (более чем с 5 летним стажем деятельности по специ-

альности травматология-ортопедия). В 34% случаях выявлено, что травматологами употребляется обобщенный термин «ушиб мягких тканей», который вообще не содержит суть (морфологию) конкретного вида повреждения, поэтому не подлежит судебно-медицинской оценке. Ошибочная диагностика ряда повреждений, когда в случаях ссадины выставляется диагноз раны, что было отмечено в 6,0% случаях. Наличие разночтений в диагнозе разных медицинских организаций, отмечено в 6,8% случаях. В каждом втором случае из-за отсутствия описания групповых и индивидуальных свойств ран невозможно судить о ее характере – колотая, резаная, колото-резаная, рубленая, пиленая, ушибленная (6,0%); в 3% случаях при описании ран разными специалистами в пределах одного медицинского учреждения была указана разная ее локализация. Таким образом, анализ материалов комиссионных СМЭ показал, что большинство травматологов не придерживаются какого-либо алгоритма при описании телесных повреждений.

На основании изложенного для повышения качества ведения медицинской документации предложен алгоритм описания телесных повреждений, входящих в так называемую группу «ушибы мягких тканей», а также рекомендации по описанию ран (таблица 27, таблица 28).

Для достижения поставленной цели нами проанализированы заключения эксперта, оформленные по результатам производства комиссионных судебно-медицинских экспертиз, проведенных в Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗ г.Москвы за последние три года (2012-2014 гг.) по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с оценкой качества медицинской помощи. По данным статистики за указанный период было выполнено 325 экспертиз. Практически все проведенные экспертизы касались работы медицинской организации как государственной формы собственности (97,4%), так и частной (2,6%). Из этого числа в отношении травматологических больных было выполнено 38 экспертиз, которые составили в 2012 году 7 случаев, в 2013 –14 и в 2014 – 17, что свидетельствует о тенденции к их количественному росту.

Удельный вес экспертиз, связанный с оценкой качества медицинской помощи травматологическим пациентам в рамках доследственной проверки в уголовном судопроизводстве, составил 73,7%.

При оценке качества оказания медицинской помощи в рамках проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз» анализу подвергались такие показатели, как: правильность оформления и ведения медицинской документации, которая является в этих случаях основным из видов юридических доказательств по делу; описание общего и локального (травматологического) статуса пациента при обращении пострадавшего за МП на основании сведений в предоставленных медицинских документах; характер и объем предполагаемого обследования и лечения данному потерпевшему с учетом имевшихся соматических заболеваний в соответствии с общепринятыми требованиями на основании практического опыта и данных медицинской литературы; наличие обоснования характера и объема травматологической помощи в данном конкретном случае (объем диагностических исследований, привлечение дополнительных специалистов); отражение закономерного исхода лечения, при надлежащем его выполнении; определение этапов травматологической помощи, на которых были допущены дефекты (скорая медицинская помощь, травмпукт, приемное и/или реанимационное отделения стационара, травматологическое отделение медицинской организации, и пр.), кем из врачей (или среднего медицинского персонала) и их влияние на исход и течение травматической болезни; соответствие оказания экстренной травматологической помощи нормативно-правовым документам, регламентирующие этот вид медицинской деятельности; определение степени тяжести вреда здоровью, как самой травмой, так и при оказании травматологической помощи, с установлением причинно-следственной связи; каков закономерный исход травмы при отсутствии лечения; имелась ли реальная возможность избежать наступивших осложнений в конкретном случае.

Наряду с этим, при экспертном анализе качества ведения медицинских карт стационарных и амбулаторных больных также внимание обращалось на

следующие составляющие: соответствие выставленного диагноза МКБ-10; наличие исправлений, подчистки, наклейки в медицинской документации, которые могут рассматриваться как сделанные задним числом (ввиду чего являются недопустимыми); описание местного статуса; характера повреждения ОДА; проведенного объема диагностических и лечебных мероприятий и их соответствие стандартам и протоколам лечения; влияние выявленных упущений на исход.

Ретроспективный анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам врачей-травматологов показал, что их нарушения при оказании МП можно систематизировать по следующим категориям: тактико-диагностические, лечебные, информационно-деонтологические, организационные, комплексные.

Иллюстрируемый материла наглядно демонстрирует, что превалируют информационно-деонтологические (31,5%) и тактико-диагностические ошибки (28,9%). Следует иметь в виду, что неблагоприятный исход при оказании экстренной травматологической помощи не всегда связан с профессиональными правонарушениями со стороны медицинских работников. По результатам наших исследований неблагоприятный исход при оказании травматологической помощи в 15,7% был обусловлен объективными причинами (соответственно в равном числе случаев): характером травмы и тяжестью травмы, кратковременностью пребывания пациента отделении; наличием сопутствующего соматического заболевания либо психическим состоянием пациента.

Изучение причин конфликтности между врачом и пациентом при оказании экстренной травматологической помощи показал, что у 98% врачей были конфликтные ситуации с пациентами. Однако лишь 7% отметили, что конфликтные ситуации у них возникают часто. По мнению врачей, большая часть конфликтов происходит во время дежурства, т.е. во время оказания экстренной травматологической помощи, утвердительно на этот вопрос ответило большее число респондентов 63%, общение с родственниками больного как причину возникновения конфликтной ситуации отметило 30% респондентов, 7% расценивают, что чаще конфликты происходят при ухудшении состояния пациента. Как отмечает 70%

врачей в последнее время во время конфликтных ситуаций пациенты угрожают медику «юридической расправой».

При возникновении сложной конфликтной ситуации с пациентом поведение врачей, направленное на его избежание следующее: 46% респондентов докладывают о случившемся вышестоящему руководству (заведующему отделению или заместителю главного врача по профилю), стараются уладить конфликт самостоятельно – 30%, никому не докладывают, не общаются с пациентом, а лишь тщательно проверяют медицинскую документацию – 24%. Следует обратить внимание на тот факт, что 67% врачей считают, что правильно заполненная медицинская документация является основной защитой врача в конфликте с пациентом, лишь 7% не согласны с данным заключением, 26% сомневаются в роли медицинской документации как основной защитой врача в конфликте. Анкеты содержали вопрос о совершении травматологами по оказанию экстренной медицинской помощи «врачебных ошибок»: положительно на вопрос ответило 56,7% врачей, отрицательно 43,3%. Как показал социологический опрос, правовая осведомленность врачей остается на низком уровне. Об этом свидетельствуют следующие полученные нами данные: 50% врачей не знакомы со статьями УК РФ по которым могут быть привлечены медицинские работники, 47% ответили, что знакомы с данными статьями поверхностно, лишь 3% респондентов ответили утвердительно; меньше половины врачей (43%) высказалось утвердительно на вопрос «Знакомы ли Вы с ФЗ РФ №323 от 2011 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»?». Соответственно с правами пациентов знакомо также менее половины респондентов (47%). Лишь 20% врачей указали, что у них были лекции и конференции о правовой информированности врачей, основная часть 98% это врачи с небольшим стажем работы которые закончили ординатуру в ближайшие 5 лет. 100% врачей утвердительно ответили на вопрос о необходимости проводить правовую информированность врачей. При этом формы по который может быть проведена информированность могут быть различными, однозначного ответа на данный вопрос получено не было: 42% считает, что это должно быть в форме семинарских занятий или лекций специалистов в области медицинского права, 25% указали

необходимость приобретения этих навыков на курсах повышения квалификации, 33% уверены, что данные вопросы должны быть освещены на врачебных внутрибольничных конференциях. Анкетирование показало, что большинство травматологов по оказанию экстренной травматологической помощи знают стандарты оказания медицинской помощи экстренных травматологических больных – 77%, 23% ответили на данный вопрос отрицательно. При этом считают стандарты лечения адекватными и соответствующими современному этапу развития травматологии, ортопедии лишь 7% опрошенных, 30,0% высказались отрицательно по поводу существующих стандартов, 17% считают, что они требуют серьезной доработки, большая часть опрошенных 46% вообще затруднились оценить имеющиеся стандарты. Из опрошенных врачей-ревматологов 20,0% были хоть один раз вызваны в суд по поводу врачебной деятельности, включая дачи свидетельских показаний по поводу обстоятельств получения травмы пациентом и др. При описании телесных повреждений 33% травматологов указывают признаки, которые позволяют судить о давности характера повреждения, 36% иногда указывают один из признаков, 310% указывают лишь локализацию и размер повреждения. По данным анкетирования 70% врачей-травматологов по оказанию экстренной медицинской помощи подвержены синдрому «профессионального выгорания», а у 10% он уже имеется. Так, согласно данным анкетирования, негативную реакцию у врача пациенты вызывают вне зависимости от их конфликтности в следующих случаях 40% - когда большой «поток» пациентов, 20% во время суточного дежурства, 10% ответили, что данное явление у них отмечается последнее время вне зависимости от нагрузок, 30% указали, что никогда не испытывают негативную реакцию к пациентам. Однако, на наш взгляд, нельзя врача у которого отмечается явления синдрома «профессионального выгорания» считать потенциально неработоспособным или профессионально непригодным (как считают некоторые исследователи). Данному недугу подвержены как молодые, так и специалисты старших поколений, которые совмещают дежурства и дневную работу, т.е. большую часть времени проводят на работе. Для исключения данной проблемы необходима профилактика, которая заключается в неизменном чередовании труда и

активного отдыха, необходимо уметь переключаться с конфликтных ситуаций на положительные моменты. Причиной развития данного синдрома является и материальная составляющая, т.е. соответствие заработной платы и трудовой нагрузки. Важно отметить, что данные анкетирования показали, что 96% травматологов по оказанию экстренной круглосуточной помощи считают, что оплата труда травматолога-ортопеда в государственных учреждениях города Москвы неадекватная, т.е. объем выполняемой работы значительно превышает объем оплаты.

Будущие врачи основной причиной возникновения конфликтной ситуации между врачом и пациентов считают излишнюю скандальность пациента и перегруженности врача – 93,8% (90 человек). Большая часть будущих врачей 68,8% (66 человек) уверены, что правильно заполненная медицинская документация является основной защитой врача в конфликте между пациентом и врачом.

Знание нормативно правовой базы у будущих врачей значительно лучше, чем у уже работающих, это обусловлено введением в программу образования некоторых дисциплин вопросов по медицинскому праву. Разницу между кровоподтеком и гематомой представляют себе практически все студенты медики 90 их 96 опрошенных. При этом никто из опрошенных не ответил, что для подтверждения диагноза гематомы будет руководствоваться только клинической картиной.

Опрос пациентов показал, что 91% качество лечения в стационаре оценили как хорошее, 9% – удовлетворительное. Однако большая часть опрошенных хотела бы внести изменения в работу отделения: 18% – по улучшению качества лечения; 36% – улучшению работы вспомогательных кабинетов; 46% – улучшению культуры обслуживания. Согласно проведенного опроса, среди пациентов, которым была оказана экстренная травматологическая помощь отмечалась высокая степень удовлетворенности относительно применения современных технологий для диагностики при оказании ургентной помощи, что свидетельствует о положительной динамике в развитии системы здравоохранения в этом направлении. Большая часть находящихся в стационаре пациентов доверяют лечащим врачам, что выражается в ответе на вопрос о необходимости брать согласие с пациента на оперативное лечение: «да» – ответило 55%; 35% - затруднились ответить на по-

ставленный вопрос; «нет» ответили 10%. При этом на вопрос о том, ознакомил ли лечащий врач с планом лечения утвердительно ответило 73% госпитализированных пациентов, отчасти 27%, отрицательный ответ получен не был. На вопрос «предупреждал ли Вас врач о возможных осложнениях во время и после лечения» утвердительно ответили 82%, отрицательно 18%; о заполнении листа письменного согласия на оперативное лечения в 100% получен положительный ответ. Страх перед оперативным лечением испытывали 64% респондентов.

Анализируемый материал показал, что значительная часть молодого населения больше всего во враче ценят профессиональные качества – 74,5%, 23,4% - отношение к пациенту, лишь 2,1% внешний вид медика. Деонтологический аспект, как показал опрос, при общении с врачом имеет существенное значение: грубое отношение медика и его невнимательность больше всего раздражает пациентов (по данным опроса в 95,7%), 10% опрошенных указали, что отрицательным моментом в общении с врачом является наличие от него запаха табака и алкоголя. Данные цифры свидетельствуют о том, что население не настроено в наказании медицинского работника и провоцировании конфликтной ситуации. Аналитические данные свидетельствуют, что в отношении врачебных ошибок большая часть опрошенных – 51,1% примут меры юридического воздействия; 23,4% – постараются исправить допущенную ошибку путем обращения к другим специалистам и всего лишь 6,4% опрошенных постараются простить медика. В противоположной ситуации, когда качество помощи при обращении в экстренную службу очень понравилось большая часть респондентов на словах выскажут свою благодарность врачу 68,1%; отблагодарят медработника материально 25,5% и лишь 6,4% обратятся в администрацию больницы для вынесения медику благодарности.

Результаты проведенного исследования выявили основные проблемные блоки при оказании экстренной травматологической помощи, которые прежде всего связаны с организацией ее оказания и низким уровнем юридической и психологической подготовки медицинских работников. Среди возможных путей преодоления существующих проблем целесообразными, на наш взгляд, являются: а) внедрение системы электронного документооборота и обмена данных в системе

здравоохранения; б) усовершенствование медицинских стандартов; в) внедрение в поствузовское образование медицинских работников курсов по медицинскому праву и психологии общения.

Работа экстренной стационарной помощи также должна более плотно содействовать с судебно-медицинской службой. Разборы посмертных историй болезни на внутрибольничных клинико-анатомических конференциях сводится лишь к перечислению фактов расхождения диагнозов с попытками перевести расхождении более высокой категории в более низкую, отсутствует аналитическое детализированной изучение внутрибольничных ошибок, тактических и диагностических упущений, которые могут иметь место и без наличия расхождения патологоанатомического и клинического диагнозов. В этой связи также целесообразна роль кафедр с содействии между судебно-медицинским и клиническим звеном. В ходе экспертного анализа посмертных историй болезни необходимо не только выявить причинно следственную связь между повреждением и исходом, но и определить все возможные пути избежания летального исхода с обсуждением всех мероприятий, которые были принятые или не приняты. В Бюро СМЭ необходим сбор данных по дефектам в ведении мед документации с выявлением наиболее значимых. А также мед учреждений, где проводилась оказание МП и в которых наиболее часто выявляются упущения.

Первый нормативный документ в котором четко сформулированы критерии качества работы амбулаторной и стационарной МП является приказ МЗ РФ от 7 июля 2015 г. № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». В нем указаны временные промежутки установки клинического диагноза как на этапе приемного отделения, так и профильного отделения стационара (пункт 4). Согласно приказу данные критерии применяются и при травмах, отравлениях и других воздействиях от внешних причин. Таким образом, его действие распространяется на экстренную травматологическую службу. Так, проведение первичного осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме, должно осуществ-

ляться не позднее 2 часов с момента поступления пациента в приемное отделение (дневной стационар) медицинской организации», при этом необходимо сформировать план обследования и лечения, т. е. данный пункт четко регламентирует время нахождения пострадавшего в приемном отделении. Однако при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме, проведение первичного осмотра пациента должно выполняется безотлагательно. Таким образом, данное положение в приказе предусмотрено при поступлении пострадавших с шокогенной травмой, при этом установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям осуществляется не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение. Однако в случае сочетанной травмы временной промежуток в 24 часа для установки клинического диагноза, например выявления внутричерепной гематомы или тупой травмы живота является неприемлемым. Установка клинического диагноза при поступлении пострадавшего в реанимационное отделение специализированного многопрофильного стационара с тяжелой шокогенной травмой не должно превышать 3 часов с момента поступления его в стационар.

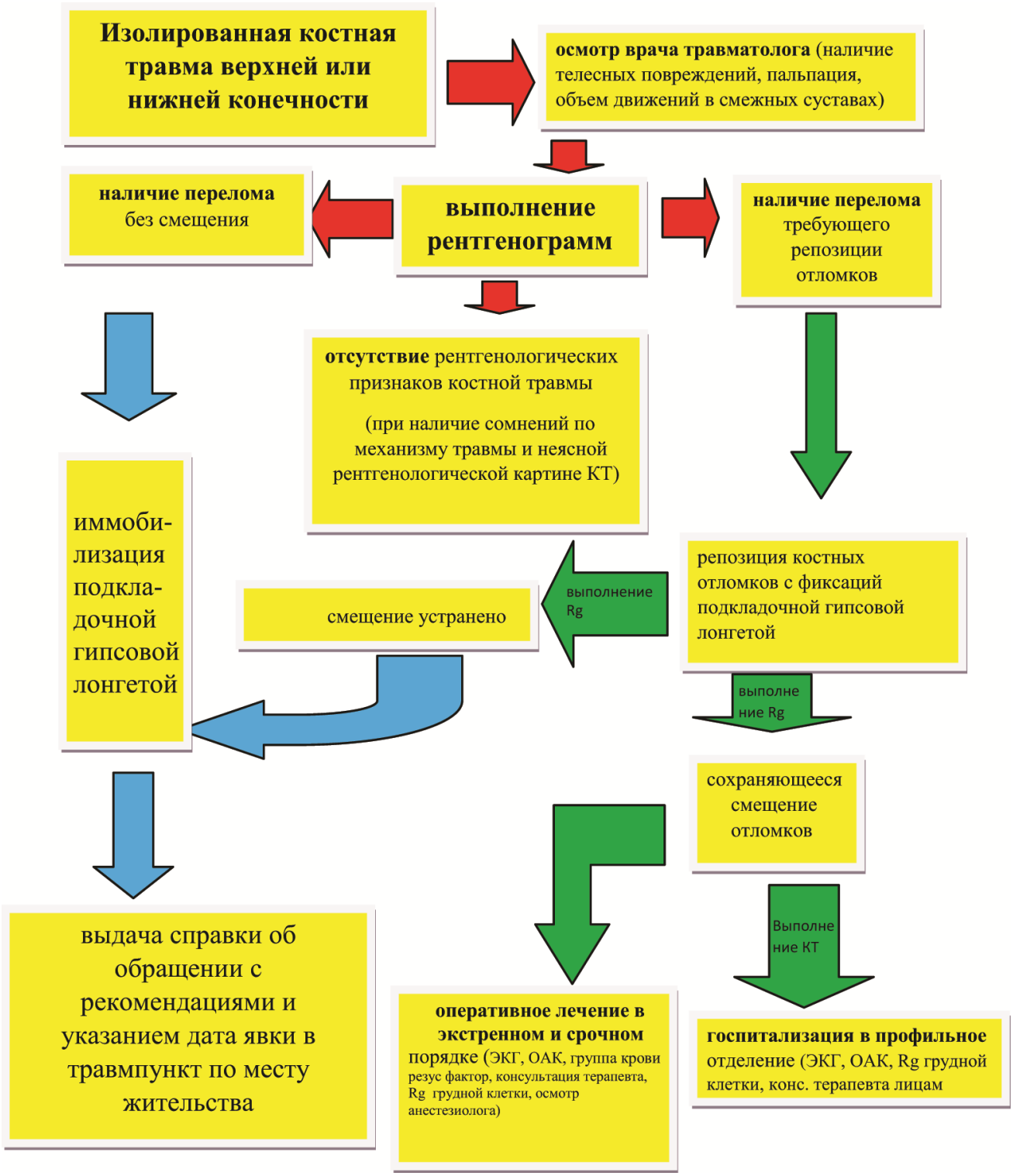


Схема 1. Диагностический алгоритм при изолированной травме верхней и нижней конечности на уровне приемного отделения

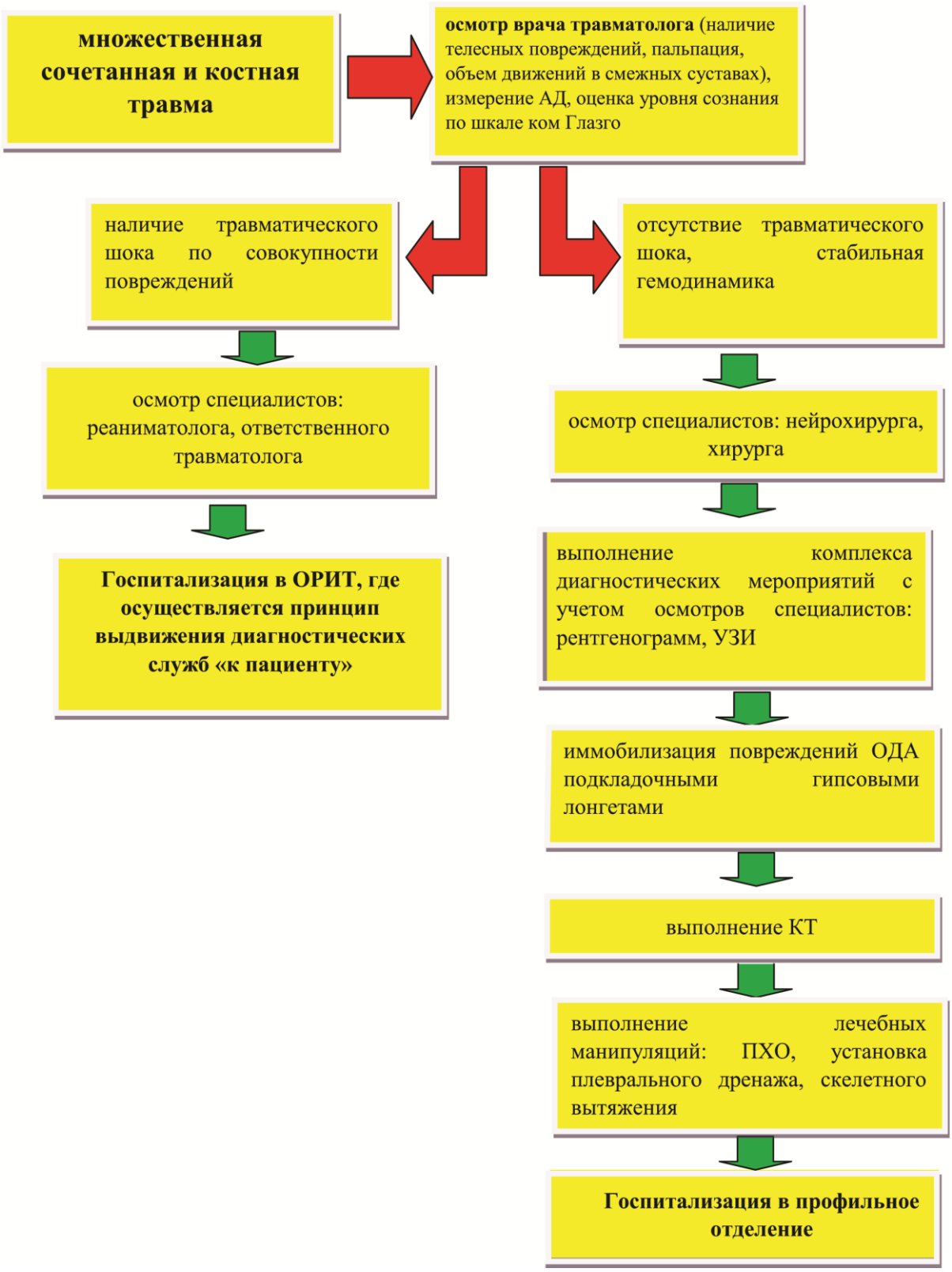


Схема 2. Диагностический алгоритм у пострадавших с травмами ОДА в состоянии травматического шока, с множественной и сочетанной травмой на уровне приемного отделения

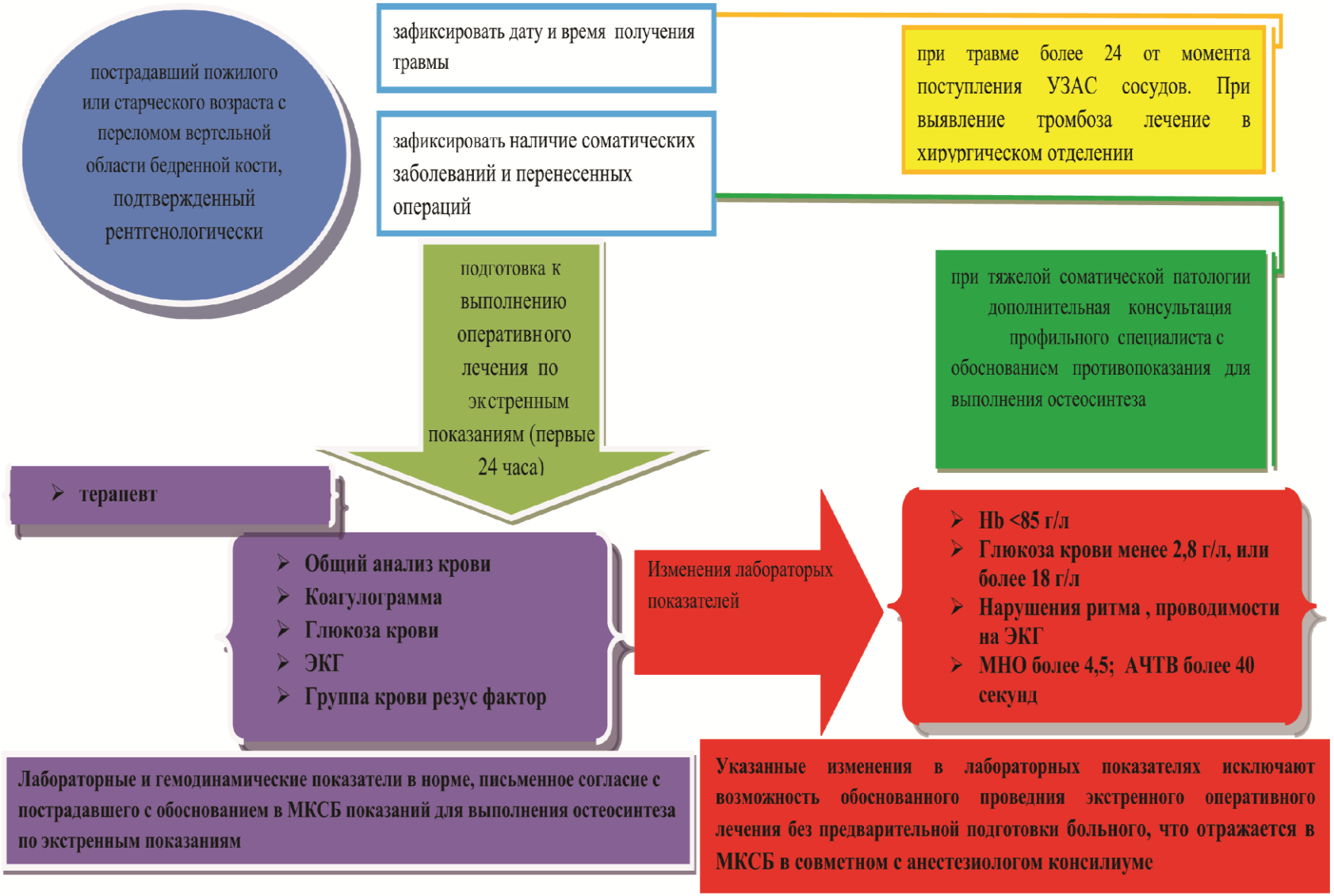


Схема 3. Алгоритм оказания экстренной травматологической помощи пострадавшим пожилого и старческого возраста с переломом проксимального отдела бедренной кости

Таблица 27

Клинико-морфорлогический алгоритм описания телесных повреждений

Наименование телесного повреждения	Морфологические параметры, которые необходимо указывать	Характеристика морфологического параметра, которую необходимо указать в описании локального статуса повреждения
кровоподтек	количество	единичные
		множественные
	размер	указывается в сантиметрах, при множественных кровоподтеках от …см, до …см
	локализация	в соответствии с анатомическими областями тела
	форма	округлая, овальная, неправильная
	границы	четкие
		нечеткие
	цвет	сине-багровый
		зеленоватый
		буровато-зеленый
		желтовато-коричневый
ссадина	количество	единичные
		множественные
	размеры	указываются в сантиметрах, при множественных от …см, до…см
	локализация	в соответствии с анатомическими областями тела
	форма	округлая, овальная, неправильная
	состояние дна	красное с выступающими каплями крови
		подсохшее
		сухое
		плотное, бурое
		под плотной корочкой
		отслаивающаяся корочка
	выстояние дна над кожей	выстоит
		не выстоит
раны	локализация	в соответствии с анатомическими областями тела
	расположение относительно оси туловища	поперечно, продольно, под углом
	форма	прямолинейная, дугообразная, г-образная, щелевидная, звездчатая, др.
	размеры	длина – в сантиметрах
		степень зияния
		наличие «минус ткани» с указанием дефекта в сантиметрах
	состояние краев	ровные, относительно ровные, острые, тупые, мелкозубчатые, размозженные, вывернутые, осадненные на ширину до …см, наличие пояска осаднения.
	состояние концов	острые, тупые, латеральный острый медиальный тупой (или верхний и нижний) и наоборот, т-образные
	состояние стенок	отвесные, не отвесные
	дно раны	поврежденная или неповрежденная подкожно-жировая клетчатка, фасция мышцы или мышечная ткань (с названием мышцы), кость (анатомическое наименование)
	ход раневого канала	направление, глубина, ширина, наличие, характер, размер инородных тел и их расположение по ходу канала

Таблица 28

Клинико-диагностические алгоритмы повреждений у пострадавших с травмами опорно-двигательного аппарата

Наименование повреждения	Механизм травмы	Клиническая картина	Данные физикальных методов исследования	Необходимые дополнительные методы исследования
гематомы мягких тканей (подкожные, внутримышечные гематомы, субфасциальные)	удары, падения, в местах отрывов, надрывов сухожилий, мышц, переломов, вывихов	ограниченная припухлость, нарушение функции соответствующих мышц, изменение цвета кожи от лилово-красного до желто-зеленого, нередко повышение местной температуры.	инцизия, дренирование или удаление гематомы с фиксацией в медицинской документации объема полученной крови	УЗИ МРТ
повреждения акромиально-ключичного сочленения (АКС)	падение с небольшой высоты, непрямой (удар в области локтевого сустава при приведенной руке)	наличие отека, телесных повреждений, деформации в области АКС	пальпация: положительный симптом «клавиши», «скрещенных рук»	рентгенограммы с нагрузкой обеих суставов (стрессовые, с грузом в руках)
повреждения связочного аппарата голеностопного сустава	инверсия стопы, тыльное сгибание стопы, резкая наружная ротация	наличие телесных повреждений, отека, ограничение объема активных движений в суставе	пальпация: положительный стрессовый тест на нестабильность	УЗИ МРТ
повреждение связочного аппарата плечевого сустава	прямой механизм (падение на вытянутую верхнюю конечность), непрямой резкое скручивание верхней конечности)	наличие отека, телесных повреждений в области верхней конечности, ограничение движений, невозможность удерживание конечности при пассивном отведении плеча до 90^0	пальпация: положительный тест O`Brien (усиление боли при пронации и ослабление при супинации), тест надостной мышцы, тест «тревоги» и др.	УЗИ МРТ
повреждение связочного аппарата коленного сустава (КС)	прямой: падение на согнутый сустав; но чаще непрямой: удар в подколенную области, в область наружной поверхности нижней трети бедра, верхней трети голени	наличие отека, телесных повреждений, нарушение активного разгибания голени (полное повреждение разгибательного аппарата КС); вынужденное положение конечности	пальпация: баллотация надколенника (при гемартрозе); положительный «вальгус» или «варус» тест при повреждении боковых связок; положительный симптом переднего или заднего выдвижного ящика при повреждении передней или задней крестообразных связок; пункция коленного сустава с фиксацией в медицинской документации объема полученной крови	рентгенограммы УЗИ МРТ

Продолжение таблицы 28 на стр. 255

Окончание таблицы 28

Наименование повреждения	Механизм травмы	Клиническая картина	Данные физикальных методов исследования	Необходимые дополнительные методы исследования
переломы конечностей	чаще прямой, на бывают и непрямые механизмы: например при винтообразном переломе костей голени (при фиксированной стопе, инверсии стопы)	телесные повреждения, отек, боль, усиливающаяся при осевой нагрузке на конечность в месте перелома; нарушение функции поврежденной конечности; деформация. вынужденное положение конечности; костные отломки — при открытом переломе они могут быть видны в ране.	Пальпация: патологическая подвижность; крепитация (своеобразный хруст) — ощущается под рукой в месте перелома, иногда слышен ухом (при аускультации).	рентгенограммы (в двух проекциях с захватом смежных суставов) МСКТ (при внутрисуставных переломах)
травматические вывихи	прямые механизмы травмы, непрямые механизмы	телесные повреждения, выраженный болевой синдром, деформацией, нарушением или утратой движений. Вывихи могут быть закрытыми — без повреждения кожи над суставом и открытыми, когда образуется рана, проникающая в полость сустава.	Пальпация: симптом «пружинящего сопротивления»	рентгенограммы до и после вправления вывиха с использованием дополнительных рентгенологических укладок (аксиальной проекции)

ВЫВОДЫ

1. Результаты анализа деятельности СМП пострадавшим с травмами ОДА выявили недостатки организационного, материально-технического и кадрового характера: организационные – связаны с нерациональными коммуникационными схемами маршрутизации пострадавших и ненадлежащим обеспечением диагностического процесса на уровне амбулаторно-поликлинического звена в случаях госпитализации пострадавших из РТП или поликлиник; бригады СМП недоукомплектованы современными облегченными медицинскими изделиями для иммобилизации поврежденных конечностей и таза, а также инструментом для разрезания одежды. Расхождения клинических диагнозов СМП и стационаров наблюдается в 28,8% случаев, несоблюдение стандартов лечения – 21,2%, ненадлежащее ведение медицинской документации выявлено в 46,2% в основном при оказании МП на догоспитальном этапе фельдшерскими бригадами СМП.

2. Работа приемного отделения по оказанию экстренной травматологической помощи организована руководством ЛПУ без четких научно-обоснованных подходов, осуществляется в режиме периодической интенсивной перегрузки, результатом является наличие диагностических ошибок (16,7%). Время пребывания пострадавших с травмами ОДА в приемном отделении в значительном количестве случаев превышает 2 часа (88,6%).

3. Недостаточная эффективность результатов лечебно-диагностического процесса и, как следствие, снижение качества оказания стационарной помощи пострадавшим вызваны недостатками в организации и материально-техническом обеспечении, а именно: отсутствием достаточного количества и полной линейки металлоконструкций для выполнения первичного остеосинтеза; сложностью проведения дополнительных методов обследования в первые сутки с момента поступления пациента; отсутствием четких протоколов стационарного лечения пострадавших с шокогенной травмой; несовершенством медико-правового обеспечения при оказании помощи пострадавшим пожилого и старческого возраста, а

также с отягощенной психиатрической патологией; несовершенством нормативных документов, регламентирующих порядок организации и производства судебно-экспертной деятельности (пункт 6.11.11. «Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 24 апреля 2008 г. № 194н).

4. Основными упущениями в оформлении медицинской документации считаются: дефекты в описании локального статуса; разночтения в описании телесных повреждений; отсутствие клинического подтверждения и доказательных методов исследования повреждений капсульно-связочного аппарата суставов, что связано с несоблюдением алгоритма описания телесных повреждений.

5. Результаты социологического опроса выявили низкий уровень правовой осведомленности врачей-травматологов: половина из них не знакома со статьями УК РФ (50,0%), предусматривающими уголовную ответственность за профессиональные правонарушения; каждый десятый подвержен синдрому «профессионального выгорания» (10,0%); незначительное число среди врачей-травматологов относится к «стрессоустойчивому» типу личности (6,0%).

6. По данным социологического исследования большая часть пациентов травматологических отделений стационара высоко оценили качество оказанной им МП (качество лечения в стационаре оценили как хорошее 91,0% респондентов; 55% – доверяют лечащему врачу), однако многие указали на необходимость повышения условий комфортности лечения (46%). Исследование выявило отсутствие здоровьесберегающего потенциала у населения (10,0% респондентов проходят ежегодную диспансеризацию по месту жительства).

7. Анализ причин неблагоприятных исходов и профессиональных ошибок в травматологии по материалам комиссионных СМЭ показал, что при оказании МП превалируют информационно-деонтологические (31,5%) и тактико-диагностические ошибки (28,9%), которые обусловлены неполноценным информированием пациента и ближайших родственников (у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой и психическими расстройствами) о тяжести полученных повреждений или неблагоприятном течении травматической болезни;

неправильной интерпретацией патологических изменений, данных инструментальных методов исследования; игнорирование принципа «damage control» у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой.

8. Критериями оценки догоспитальной помощи при травмах ОДА являются: продолжительность транспортировки пострадавшего в стационар; полнота заполнения СЛ СМП с отражением паспортных данных пострадавшего, сведений об обстоятельствах и месте происшествия; соблюдение стандартов МП (наличие иммобилизации, адекватность обезболивания, отражение показателей гемодинамики). К критериям медикоэкспертной оценки госпитальной помощи в приемном отделении относятся: регистрация в МКСБ времени и условий возникновения травмы, характера и особенностей течения травматической болезни к моменту обращения пациента в медицинское учреждение; полнота отражения соматической патологии пострадавшего; длительность пребывания пострадавшего в приемном отделении с момента доставки СМП (указанном в СЛ); своевременность проведения диагностических мероприятий; адекватность маршрутизации при шокогенной травме. Критериями качества оказания стационарной экстренной травматологической помощи с точки зрения медико-экспертной оценки являются длительность дооперационного пребывания в стационаре, сроки и качество выполнения первичного остеосинтеза.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В каждом ЛПУ необходимо тщательно изучать и анализировать объем медицинской помощи, оказанной пострадавшим «скорой помощью», и эффективность ее работы по срокам доставки травматологических больных в стационар, регистрации и обсуждении диагностических ошибок врачей и фельдшеров СМП. Для повышения качества амбулаторно-поликлинической травматологической помощи необходимо повышать квалификацию врачей травматологов-ортопедов в рамках непрерывного профессионального образования врачей в виде совместных тематических семинаров врачей-травматологов стационарного и амбулаторно-поликлинического звеньев. С целью улучшения качества оказания СМП необходимо оснастить бригады, оказывающих экстренную травматологическую помощь: адекватным количеством одноразовых средств для иммобилизации переломов конечностей, стягивающим поясом для пострадавших с подозрением на нестабильное повреждение тазового кольца, безопасными ножницами для резки одежды.

2. При медикоэкспертной оценке качества оказания экстренной травматологической помощи пострадавших на уровне приемного отделения стационара необходимо учитывать следующие критерии: время пребывания пострадавшего с травмами ОДА в приемном отделении, объем и обоснованность проведенных методов диагностики, лечения; наличие расхождения в диагнозе, установленном в приемном отделении с окончательным клиническим диагнозом. В отношении пострадавших, поступающих в приемное отделение в состоянии травматического шока, пребывание в приемном отделении следует ограничить одним часом с момента поступления. Работу по первичной сортировке пострадавших с травмами ОДА должен осуществлять врач травматолог приемного отделения.

3. В стандарт оказания помощи пациентам с множественной и сочетанной травмой необходимо включить шкалу «ШОСС» как основу критериальной

медико-экспертной оценки качества медицинской помощи пострадавшим. Оперативное лечение пациентов пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости должно осуществляться по экстренным и срочным показаниям, что позволит снизить риск развития гипостатических осложений и летальных исходов, а отказ от его проведения необходимо оформлять в МСКБ через консилиум, с участием анестезиолога и терапевта. Для правового обеспечения обоснования необходимости выполнения раннего остеосинтеза у пострадавших с психиатрической патологией необходима регистрация в МКСБ консилиума не менее чем из трех врачей соответствующих специальностей: травматология, анестезиология, психиатрия. При оценке тяжести вреда, причиненного здоровью человека, необходимо учитывать не только функциональный результат спустя 120 дней после травмы, но и качество проведенного лечения.

4. В связи с увеличением нагрузки на работу экстренных служб по причине оптимизации деятельности стационарного звена (сокращение количества коек; направленность экономической составляющей не на койко-день, а на законченный случай) необходимо осуществление раннего оперативного лечения всех пострадавших с травмами ОДА. В свою очередь, важна четкая организация работы данного звена травматологической помощи, а именно: сокращение времени предоперационного обследования на уровне приемного отделения в пределах не более 1,5 часов с момента поступления; наличие линейки фиксаторов для выполнения остеосинтеза; обеспечение в составе бригад экстренной службы специалистов-травматологов высшей категории.

5. Алгоритм описания телесных повреждений, входящих в так называемую группу «ушибы мягких тканей», должен отражать морфологическую составляющую телесных повреждений, что позволит судебно-медицинскому эксперту надлежащим образом ответить на поставленные следственными органами вопросы и сформулировать объективное заключение о характере телесных повреждений, механизме и давности их образования, степени тяжести вреда здоровью и т.д.

6. Для аргументированного отстаивания ЛПУ своих интересов при возникновении конфликтных ситуаций при оказании экстренной травматологической помощи в оформлении МКСБ необходимо давать четкое обоснование клинического диагноза, фиксировать наличие у пострадавшего заболеваний общесоматического характера, регистрировать сведения о времени и условиях возникновения травмы, ее характере, особенностях течения травматической болезни к моменту обращения пациента в медицинское учреждение.

7. Для профилактики конфликтных ситуаций необходимо в МКСБ представлять обоснование тактики ведения пострадавшего, с учетом соответствия сроков и объема назначений, диагностических и лечебных мероприятий согласно стандартам оказания МП, а также фиксировать особенности течения травматического процесса в динамике, а во всех сомнительных случаях, проводить консилиум.

8. При получении обязательного письменного согласия пациента или его родственников (с согласия пострадавшего) они должны быть информированы в доступной форме не только о преимуществе выполнения остеосинтеза как более перспективного метода лечения травм ОДА, но и о возможных осложнениях, побочных явлениях при его выполнении.

9. Для контроля качества в работу ЛПУ необходимо внедрить постоянно действующую систему проведения социологических опросов пациентов с последующим анализом и принятием управленческих решений.

10. В сертификационные и квалификационные циклы травматологов-ортопедов следует включать лекции по медицинскому праву, занятия по результатам работы комиссионных экспертиз с целью разбора так называемых врачебных дел с указанием наиболее часто встречающихся ошибок.

11. На внутрибольничных клинико-анатомических конференциях следует ввести аналитическое детализированное изучение ошибок, тактических и диагностических упущений, которые могут иметь место даже в случае совпадения патологоанатомического и клинического диагнозов. В ходе экспертного анализа

посмертных МКСБ необходимо не только устанавливать причинно-следственную связь между повреждением и исходом, но и определять все возможные пути предотвращения летального исхода с обсуждением всех мероприятий, которые были приняты или не приняты.

12. Для усиления взаимодействия ЛПУ и СМЭ по вопросам улучшения качества оказания МП необходимо в СМЭ обеспечить сбор и передачу данных об ошибках ведения медицинской документации с указанием наиболее значимых и фиксацией тех ЛПУ, в которых наиболее часто выявляются упущения.

13. С целью профилактики травматизма следует разработать и утвердить территориальную целевую программу учитывающую его структуру и включающую не только органы здравоохранения, но и коммунальные службы, ГИБДД, психологов, педагогических работников. Рассматривать вопрос о коечной мощности стационара необходимо только с учетом эпидемиологической обстановки по травматизму.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АНФ – аппарат наружной фиксации

АД – артериальное давление

ДТП – дорожно-транспортное происшествие

ИВЛ – искусственная вентиляция легких

КМП – качество медицинской помощи

КТ – компьютерная томография

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение

МКСБ – медицинская карта стационарного больного

МП – медицинская помощь

МРТ – магнитно-резонансная томография

ОДА – опорно-двигательный аппарат

ОМС – обязательное медицинское страхование

ОРИТ – отделение реанимации и интенсивной терапии

РТП – районный травмпункт

САК – субарахноидальное кровоизлияние

СЛ – сопроводительный лист скорой медицинской помощи

СМП – скорая медицинская помощь

СМЭ – судебно-медицинская экспертиза

ТШ – травматический шок

УЗИ – ультразвуковое исследование

УЗАС – ультразвуковое ангиосканирование

ЧМТ – черепно-мозговая травма

ЭХО-КГ – ультразвуковая эхокардиография

ЦВД – центральное венозное давление

AO/ASIF – Association for Ostheosynthesis/Association for Study of Internal Fixation

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение № 1

Анкета врача-травматолога по оказанию экстренной МП

1.Стаж работы по специальности:	○ до 5 лет ○ 5-10 лет ○ 11-20 лет ○ более 20 лет
2.Квалификационная категория:	○ Первая ○ Вторая ○ Высшая
3.Ученая степень	○ Нет ○ Кандидат медицинских наук ○ Доктор медицинских наук
4. Всегда ли Вы берете согласие с пациента на назначаемые Вами манипуляции:	○ Да ○ Нет ○ Иногда забываю
5.Всегда ли Вы информируете пациента о возможных осложнениях после проведенных Вами манипуляций, операций:	○ Всегда ○ Никогда ○ Иногда
6.Каковы главные причины конфликтов между врачами и пациентами:	○ Излишняя скандальность пациентов ○ Перегруженность врача ○ Резкий разговор врача с пациентом ○ Неадекватное объяснение врачом состояния пациента
7.Считаете ли Вы правильно заполненную медицинскую документацию основной защитой врача в конфликте между пациентом и врачом:	○ Да ○ Нет ○ Сомневаюсь
8.Вызывали ли Вас когда-либо в суд, по поводу Вашей врачебной деятельности:	○ Да ○ Нет
9.Были ли у Вас административные взыскания (выговоры, замечания) по поводу Вашей врачебной деятельности:	○ Да ○ Нет
10.Часто ли у Вас бывают конфликты с пациентами:	○ Да ○ Нет
11.Как Вы пытаетесь их избежать:	○ Докладываю о случившемся конфликте вышестоящему руководству (зав отделением, зам. главного врача) ○ Стараюсь уладить конфликт с самим пациентом ○ Тщательно проверяю медицинскую документацию
12.Когда чаще всего, по Вашему мнению, случаются конфликты между пациентом и врачом:	○ Во время дежурства и оказания экстренной помощи ○ Во время объяснения плана лечения ○ При ухудшении состояния пациента
13.Считаете ли Вы себя юридически защищенным от конфликтных ситуаций между врачом и пациентом:	○ Да ○ Нет ○ Отчасти

14.Куда Вы обратитесь в случае возникновения конфликта:	○ К юристу больницы ○ К знакомому юристу ○ К друзьям, знакомым ○ К коллегам по работе
15.Совершали ли Вы когда-либо врачебную ошибку:	○ Нет ○ Да
16.Причина врачебных ошибок:	○ «Добросовестное заблуждение врача» ○ Нарушение исполнение своих профессиональных обязанностей ○ Недооценка состояния пациента, ввиду низкой компетентности врача
17.Знакомы ли Вы со статьями УК РФ по которым могут быть привлечены медицинские работники:	○ Да ○ Нет ○ Поверхностно
18.Были ли у Вас в клинике, какие либо лекции или конференции о правовой информированности врачей:	○ Да ○ Нет
19. Считаете ли Вы необходимым проводить правовую информированность врачей:	○ Да ○ Нет
20. В какой форме, по Вашему мнению, необходимо проводить правовую информированность врачей:	○ Семинары ○ Курсы повышение квалификации ○ Врачебные внутрибольничные конференции ○ Лекции специалистов по медицинскому праву
21.Знаете ли Вы стандарты лечения экстренных травматологических больных:	○ Да ○ Нет
22.Считаете ли Вы стандарты лечения травматологических больных адекватными и соответствующими современному этапу развития травматологии:	○ Да ○ Нет ○ Сомневаюсь ответить
23.Вседа ли Вы в лечении пациента придерживаетесь стандартов лечения:	○ Да ○ Нет ○ Сомневаюсь ответить
24.Считаете ли Вы адекватной оплату труда травматолога ортопеда в государственных учреждениях города Москвы:	○ Да ○ Нет
25.Знакомы ли Вы с федеральным законом № 323 от 2011 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»:	○ Да ○ Нет ○ Отчасти
26.Знаете ли Вы права пациентов:	○ Да ○ Нет ○ Отчасти
27.Были ли в Вашей врачебной деятельности ситуации, когда вышестоящий по служебной лестнице коллега резко высказывался о ваших профессиональных качествах в присутствии пациентов:	○ Да ○ Нет

28.Какова Ваша реакция	○ Молча воспринимаю упреки ○ Вступаю в дискуссию прямо на месте ○ Высказываюсь уже без присутствия пациентов ○ Докладываю вышестоящему руководству в письменном виде ○ Докладываю вышестоящему руководству в устной форме
29.Бывали ли в вашей врачебной работе ситуации, когда Вы резко высказывались в отношении профессиональной деятельности ваших коллег в присутствии пациентов:	○ Всегда, если вижу любые нарушение в работе ○ Иногда, если вижу грубые нарушения в работе ○ Никогда не позволяю этого делать, даже если вижу упущения в работе
30. Часто ли Вам угрожают пациенты «юридической расправой»:	○ Да, последнее время очень часто ○ Иногда при конфликтной ситуации ○ Нет, стараюсь всегда «угодить» пациенту
31. К Вам обратился пациент на консультацию из другого стационара, Вы видите, что имеются ошибки в его лечении:	○ Укажете пациенту на ошибки в лечении ○ Постараетесь максимально не касаться вопросов об ошибках коллег и предложите ему методы их устранения ○ Предложите обратиться за консультацией к тому специалисту, у кого лечился пациент
32. Обращались ли к Вам когда либо следственные органы о расшифровке ваших записей в истории болезни:	○ Да ○ Нет ○ Очень часто
33. Всегда ли при описании локального статуса Вы указываете наличие телесных повреждений (кровоподтеков, гематом и др.):	○ Да всегда ○ Нет, ни придаю этому описанию значения ○ Ограничиваюсь фразой «имеются ушибы мягких тканей»
34. Знаете ли Вы четкую разницу между кровоподтеком и гематомой:	○ Да ○ Нет ○ Имею смутное представление
35. Для подтверждения диагноза гематомы мягких тканей Вы руководствуетесь:	○ Только клинической картиной ○ Производите пункцию или инцизию ○ Назначаете УЗИ или МРТ мягких тканей
36. При описании телесных повреждений всегда ли Вы указываете из цвет размер и локализацию:	○ Да, всегда ○ Нет, только локализацию и (или) размер ○ Нет, никогда
37. При установке диагноза частичного повреждения связок какой-либо локализации Вы руководствуетесь:	○ Клинической картиной ○ Данными УЗИ исследования ○ Данными МРТ исследования ○ Клиническими данными и МРТ или УЗИ исследования
38. Всегда ли при подозрении на повреждение связочного аппарата какого либо сустава Вы назначаете пациенту УЗИ или МРТ исследование:	○ Да, всегда ○ Нет, когда имеются сомнения в клинической картине ○ Все зависит от локализации повреждения

Приложение № 2

Анкета пациента травматологического отделения

1. Возраст:	○ до 20 лет ○ 21 - 30 лет ○ 31 - 40 лет ○ 41 – 50 лет ○ 51 – 60 лет ○ старше 60 лет
2. Пол:	○ м ○ ж
3.Образование:	○ высшее ○ средне специальное ○ среднее
4. Место работы:	○ в бюджетной организации ○ в коммерческом предприятии ○ не работаю ○ неработающий пенсионер ○ работающий пенсионер ○ учащийся ○ студент
5. Часто ли Вы лечились в стационарах города Москвы последнее время (5 лет):	○ да, более 2 раз в год ○ нет
6. Если Да, то заметили ли Вы изменения:	○ улучшилось качество лечения ○ ухудшилось качество лечения ○ появилось новое оборудование ○ улучшилась культура обслуживания ○ ухудшилась культура обслуживания
7. Канал госпитализации в отделение:	○ обратился самостоятельно, так как получил травму ○ по рекомендации родственников, знакомых ○ направил врач травмпункта, поликлиники ○ привезла скорая помощь
8. Как Вы оцениваете оказание Вам помощи на уровне приемного отделения:	○ отлично ○ хорошо ○ удовлетворительно ○ плохо
9. Сколько по времени Вы провели в приемном отделении:	○ более 1 часа ○ более 2 часов ○ более 3 часов ○ более 5 часов ○
10. Причина задержки:	○ отсутствие санитаров ○ очереди в кабинеты ○ долго не было врача ○ долго ждали консультанта ○ не понятные мне причины
11. Какие изменения Вы хотели бы внести в работу отделения:	○ улучшение качества лечения ○ улучшение работы вспомогательных кабинетов ○ изменения в режиме работы врачей ○ улучшение культуры обслуживания

12. Как оцениваете деятельность нашего отделения:	○ хорошо ○ удовлетворительно ○ неудовлетворительно
13. Вы испытываете страх перед оперативным лечением:	○ да ○ нет
14.Ознакомил ли вас врач с планом Вашего лечения:	○ нет ○ да ○ частично
15. Предупреждал ли вас врач о возможных осложнениях во время и после лечения:	○ да ○ нет
16. Считаете ли правильным брать письменные согласия у пациента на все проводимые ему манипуляции:	○ да ○ нет ○ сомневаюсь ответить
17. Давали ли Вы письменное согласие на проводимые операции манипуляции находясь на лечении:	○ да ○ нет
18.Проходите ли Вы диспансеризацию по месту работы или жительства:	○ 1 раз в полгода ○ 1 раз в год ○ когда есть время ○ только с острой болью ○ нет никогда
19. Когда либо вы обращались в платные отделения за медицинской помощью:	○ да, всегда ○ никогда ○ редко
20. Причина Вашего обращения в платные отделения:	○ трудно попасть в поликлинику на прием ○ нет времени для посещения государственных поликлиник ○ в платных клиниках сервисное обслуживания выше ○ лучше качество лечения
21. Возникали ли у вас конфликты с врачами:	○ да ○ нет
22. При возникновении конфликта у Вас с лечащим врачом:	○ обратитесь к другому врачу ○ обратитесь к администрации медицинского учреждения ○ обратитесь в выше стоящие организации ○ попытаетесь решить конфликт в судебном порядке. ○ что-то иное (указать, что)
23. Каковы основные причины возникновения конфликта между врачом и пациентом:	○ не качественное лечения ○ грубость и невнимательность врача ○ финансовые вопросы ○ осложнения во время и после лечения ○ отсутствие ожидаемых результатов после лечения ○ что-то иное (указать, что)
24. Знакомы ли Вы с федеральным законом № 323 «Об основах охране здоровья граждан в РФ»:	○ нет ○ да ○ отчасти
25. Знаете ли Вы права пациента:	○ нет ○ да ○ отчасти

Приложение № 3

Анкета «потенциальных пациентов»

1.Считаете ли Вы существующую медицинскую помощь в Москве:	○ достаточной и адекватной ○ нет, я не ей не доверяю ○ затрудняюсь ответить ○ не во всех учреждениях
2.Знакомы ли Вы с законом №323 Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»	○ да ○ нет ○ первый раз слышу о таком ○ что-то слышал
3.Знаете ли Вы о правах пациента:	○ да ○ нет ○ первый раз слышу ○ отчасти знаком
4.Были ли у Вас или у Ваших близких какие либо травмы, требующие помощи специалиста:	○ да ○ нет ○ затрудняюсь ответить
5.Куда Вы обратитесь в случае получения травмы:	○ в травматологический пункт по месту жительства ○ в частную клинику ○ позвоню родственникам знакомым ○ позвоню знакомому врачу для совета
6.Что Вы больше цените во враче:	○ профессиональные качества ○ отношение к пациенту ○ внешний вид врача
7.Считаете ли Вы оплату труда врачам в городе Москве достаточной:	○ да ○ нет ○ затрудняюсь ответить
8.Если Вы сомневаетесь в установленном врачом диагнозе, куда Вы обратитесь:	○ в другое медицинское государственное учреждение ○ в частную клинику ○ будете искать среди знакомых врачей этой специальности ○ отправлю свои документы по интернету врачам в другую страну для консультации
9.В случае возникновения конфликтной ситуации с врачом, куда Вы обратитесь:	○ в администрацию того мед учреждения, где работает данный врач с жалобой ○ позвоню в департамент здравоохранения, для разъяснения ситуации ○ обращусь к юристу ○ обращусь сразу в суд

10.Если врач совершил ошибку в лечении, как Вы к этому отнесетесь:	○ постараюсь простить его, если он в этом честно признается ○ предприму все меры юридического воздействия, чтобы наказать виновного ○ постараюсь путем обращения к другим специалистам все исправить и забыть о случившимся ○ затрудняюсь ответить
11.Что Вас больше всего может раздражать при общении с врачом:	○ грубое отношение ○ невнимательность в осмотре ○ неопрятный внешний вид медика ○ запах табачного дыма или алкоголя изо рта
12.Вам очень понравилась помощь, оказанная врачом в государственной больнице, как вы это отметите:	○ скажу спасибо на словах ○ постараюсь получить его телефон, для повторного обращения ○ отблагодарю врача материально ○ обращусь в администрацию больницы или департамент в письменном виде для вынесения благодарности ○ сообщу об этом через интернет
13.Если Вы случайно оказались свидетелем травмы, например дорожно-транспортного происшествия, каковы Ваши действия:	○ буду вызывать о3 ○ постараюсь оказать какую либо первую помощь ○ не буду ввязываться, чтобы избежать дальнейших проблем ○ буду искать среди окружающих, людей с медицинским образованием, так как не владею навыками оказания первой помощи
14.Если вы видите человека лежащего на земле, который очень пьян и грязен (бомж), у него рана головы, каковы Ваши действия:	○ подойду и постараюсь выяснить, откуда он ○ посажу его на лавку и окажу первую помощь ○ вызову милицию ○ вызову скорую ○ постараюсь сделать вид, что меня это не касается
15.Как по Вашему, играет ли роль оплаты труда врача на его профессиональную деятельность:	○ нет, врач –это призвание ○ несомненно ○ сомневаюсь ответить ○ считаю, что государство должно достойно оплачивать труд медицинских работников

Приложение № 4

Анкета студентов медиков старших курсов

1. Ваш курс:	○ IV ○ V ○ VI
2. Ваш пол:	○ М ○ Ж
3. Возраст:	○ 20-25 лет ○ 25-30 лет ○ 30-35 лет
3. Каковы главные причины конфликтов между врачами и пациентами:	○ излишняя скандальность пациентов ○ перегруженность врача ○ резкий разговор врача с пациентом ○ неадекватное объяснение врачом состояния пациента
4. Считаете ли Вы правильно заполненную медицинскую документацию основной защитой врача в конфликте между пациентом и врачом:	○ да ○ нет ○ сомневаюсь
5. Когда чаще всего, по Вашему мнению, случаются конфликты между пациентом и врачом:	○ во время дежурства и оказания экстренной помощи ○ во время объяснения плана лечения ○ при ухудшении состояния пациента ○ другое
6. Причина врачебных ошибок:	○ «добросовестное заблуждение врача» ○ нарушение исполнение своих профессиональных обязанностей ○ недооценка состояния пациента, ввиду низкой компетентности врача
7. Знакомы ли Вы со статьями УК РФ по которым могут быть привлечены медицинские работники:	○ да ○ нет ○ поверхностно
8. Знакомы ли Вы с федеральным законом № 323 от 2011 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»:	○ да ○ нет ○ отчасти
9. Знаете ли Вы права пациентов:	○ да ○ нет ○ отчасти
10. Знаете ли Вы четкую разницу между кровоподтеком и гематомой:	○ да ○ нет ○ имею смутное представление
11. Для подтверждения диагноза гематомы мягких тканей необходимо руководствоваться	○ только клинической картиной ○ производите пункцию или инцизию ○ назначаете УЗИ или МРТ мягких тканей
12. При установке диагноза частичного повреждения связок какой-либо локализации необходимо руководствоваться:	○ клинической картиной ○ данными УЗИ исследования ○ данными МРТ исследования ○ клиническими данными и МРТ или УЗИ исследования

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании [Электронный ресурс]: федер. закон от 02.07.1992 г. № 3185–I (с изменениями от 08.03.2015 г). – URL: http://base.garant.ru.

2. О защите прав потребителей [Текст]: федер. закон № 2300–1 от 07.02.1992 г. (в ред. от 25.06.2012) // Собр. законодательства РФ. – 1996. – № 3.– С. 140.

3. Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть первая, вторая, третья и четвертая [Текст]: текст с изм. и доп. на 25 ноября 2012 г.// М.: Эксмо, 2012. - 512с. – (Законы и кодексы).

4. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации [Электронный ресурс]: федер. закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ – URL: http://ivo.garant.ru/SESSION/PILOT/main.htm.

5. Об основах здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: федер. закон № 323–ФЗ от 21.11.2011. – URL: http://www.consultant.ru.

6. О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения [Электронный доступ]: указ Президента РФ от 7 мая 2012 года № 598. – URL: http://www.rg.ru/2012/05/09/zdorovje–doc.html.

7. О мерах по реализации демографической политики [Электронный ресурс]: указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 606. – URL: http://www.rg.ru/2012/05/09/demo–dok.html.

8. О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации [Электронный ресурс]: приказ Минздрава РФ от 28.07.1999 г. № 297. – URL: http://ivo.garant.ru.

9. Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека [Электронный ресурс]: приказ Минздравсоцравития РФ от 24.04.2008 г. № 194. – URL: http://garant.ru.

10. Об утверждении требований к комплектации лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения укладки выездной бригады скорой медицинской помощи [Электронный ресурс]: приказ Минздравсоцразвития РФ от 11.06.2010 г. № 445-н. – URL: http://www.rosminzdrav.ru/document/.

11. Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи [Электронный ресурс]: приказ Минздравсоцравития РФ от 04.05.2012 г. № 477-н // Российская газета. – 2012. – URL: http://www.rosminzdrav.ru/document/.

12. Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия» [Электронный ресурс]: приказ Минздрава РФ от 12.11.2012 г. № 901-н. – URL: http://www.rosminzdrav.ru/document/.

13. Порядок оказания помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком [Электронный ресурс]: приказ Минздрава РФ от 15.11.2012 г. № 927-н. – URL: http://www.rosminzdrav.ru/document/.

14. О порядке организации медицинской реабилитации [Электронный ресурс]: приказ Минздрава РФ от 29.12.2012 г. № 1705-н. – URL: http://www.rosminzdrav.ru/document/.

15. Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи [Электронный ресурс]: приказ Минздрава РФ от 20.06.2013 г. №388-н. – URL: http://garant.ru.

16. Рекомендации по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы [Текст]: приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 16.08.2013 г. № 820 // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2013. –№ 12. – С. 9–19.

17. Об утверждении административного регламента федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по исполнению государственной функции по осуществлению государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности путем проведения проверок соблюдения органами государственной

власти и органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, а также осуществляющими медицинскую и фармацевтическую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями прав граждан в сфере охраны здоровья [Электронный ресурс]: приказ Минздрава РФ от 26.01.2015 г. № 19-н. – URL: http://www.rosminzdrav.ru/document/.

18. Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи [Электронный ресурс]: приказ Минздрава РФ от 07.07.2015 г. № 422-н. – URL: http://base.consultant.ru/cons.

19. О федеральной целевой программе «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 гг.» [Текст]: постановление Правительства РФ от 20.02.2006 г. № 100 (ред. От 14.02.2009) // Собр. законодательства РФ. – 2006. – № 9. – Ст. 1020.

20. Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности [Электронный ресурс]: постановление Правительства РФ от 12.11.2012 г. № 1152. – URL: http://base.garant.ru/70257186/.

21. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов [Электронный ресурс]: постановление Правительства РФ от 28.11.2014 г. №1273. – URL http://government.ru/media/files/.

22. Послание Президента РФ Федеральному Собранию 12 ноября 2009 г. [Электронный ресурс]. – URL: http://kremlin.ru/transcripts/5979.

23. Послание Президента РФ Федеральному собранию 22 декабря 2011 г. [Электронный ресурс]. – URL: http://kremlin.ru/transcripts/work.

24. Послание Президента РФ Федеральному собранию 2012 г. [Электронный ресурс]. – URL: http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc; base=LAW; n=138990.

25. Уголовный кодекс Российской Федерации [Текст]: текст с изм. и доп. на 20 октября 2012 г. // М.: Эксмо, 2012.-176 с.- (Законы и кодексы).

26. Агаджанян, В.В. Политравма: проблемы и практические вопросы [Текст] / В.В. Агаджанян // Политравма. – 2006. – № 1. – С. 5–8.

27. Агаджанян, В.В. Экономическая и социальная эффективность внедрения программы лечения больных с политравмой [Текст] / В.В. Агаджанян // Политравма. – 2010. – № 2. – С. 5–9.

28. Акиншин, Л.Н. Вопросы качества медицинской помощи в государственной программе «Развития здравоохранения» [Текст] / Л.Н. Акиншин // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2013. – № 4. – С. 6–9.

29. Александрова, О.Ю. Оценка качества медицинской помощи в свете нового законодательства [Текст] / О.Ю. Александрова, И.Ю. Григорьев, О.М. Аржанцева // Здравоохранение. – 2012. – № 1. – С. 64–71.

30. Александрова, О.Ю. Стандарты медицинской помощи – старое значение в новых условиях [Текст] / О.Ю. Александрова, А.В. Иванов, О.А. Нагибин // Здравоохранение. – 2014. – № 9. – С. 72–80.

31. Александрова, О.Ю. Требование законодательства об обязательности соблюдения стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи [Текст] / О.Ю. Александрова // Здравоохранение. – 2013. – № 4. – С. 26–35.

32. Анализ летальных исходов – важнейший канал информации в системе управления качеством медицинской помощи [Текст] / Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2013. – № 4. – С. 12–18.

33. Ардатов, С.В. Лечение диафизарных переломов у пожилых [Текст] / С.В. Ардатов, А.С. Панкратов, Д.А. Огурцов [и др.] // Новое в травматологии и ортопедии: материалы всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 45-летию кафедры травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных состояний СамГМУ. Самара, 2012. – С. 26–28.

34. Архипов, В.В. Место программно–целевого планирования в развитии скорой медицинской помощи [Текст] / В.В. Архипов // Скорая медицинская помощь. – 2003. – № 1. – С. 10–16.

35. Бабовников, А.В. Диагностика и лечение переломов костей, образующих локтевой сустав [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.15 / А.В. Бабовников. – М., 2008. – 23с.

36. Бабовников, А.В. Оперативное лечение переломов костей, образующих локтевой сустав [Текст] / А.В. Бабовников, С.Ф. Гнетецкий, Д.А. Пряжников // Хирург. – 2008. – № 3. – С. 73–75.

37. Багненко, С.Ф. Методические рекомендации по организации работы приемного отделения многопрофильного стационара с преимущественно экстренным порядком госпитализации больных и пострадавших – отделения экстренной помощи [Текст] / С.Ф. Багненко, Н.И. Вишняков, В.В. Стожаров [и др.] // Скорая медицинская помощь. - 2005. - № 1. - С. 39–46.

38. Багененко, С.Ф. О разработке нормативно–методических документов по организации работы приемных отделений стационаров с преимущественно экстренным порядком госпитализации больных – отделений экстренной помощи [Текст] / С.Ф. Багненко, Н.И. Вишняков, В.В. Сторожаков [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2005. – № 1. – С. 36–38.

39. Багненко, С.Ф. Обязательно ли исполнение требования медицинских стандартов и протоколов? [Текст] / С.Ф. Багненко, В.В. Стожаров // Скорая медицинская помощь. – 2004. – № 2. – С. 9–14.

40. Багненко, С.Ф. Основные направления патогенетической терапии у пострадавших с сочетанной механической травмой в остром периоде травматической болезни [Текст] / С.Ф. Багненко, Б.Н. Шах, В.Н. Лапшин [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2005. – № 2. – С. 34–42.

41. Багненко, С.Ф. Современное состояние и перспективы развития скорой медицинской помощи в Российской Федерации [Текст] / С.Ф. Багненко, И.П. Миннулин, А.Г. Мирошниченко [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2013. – № 3. – С. 4–9.

42. База данных Росстата [Электронный ресурс]. – URL: http://www.fedstat.ru/indicators/start.do.

43. Барабаш, А.П. Сравнительная характеристика методов остеосинтеза у пациентов с оскольчатыми переломами диафиза бедренной кости [Текст] / А.П. Барабаш, С.П. Шпиняк, Ю.А. Барабаш // Травматология и ортопедия России. – 2014. № 2 (68). – С. 116–125.

44. Баранов, О.П. Особенности формирования потерь населения агропромышленного региона от травм и несчастных случаев [Текст] / О.П. Баранов // Здравоохранение РФ. – 2011. – № 2. – С. 41–44.

45. Бараш, А.П. Состояние и прогноз организации травматологической помощи [Текст] / А.П. Бараш // Травматология и ортопедия России. – 1998. – № 1. – С. 57–62.

46. Баринов, Е.Х. Вопросы контроля проводимых судебно-медицинских экспертиз по уголовным и гражданским делам в государственных судебно-экспертных учреждениях [Текст] / Е.Х. Баринов, П.О. Ромодановский // Проблемы экспертизы в медицине. – 2014. – № 1.– С. 9–13.

47. Баринов, Е.Х. Детальное обследование больного – возможность избежать врачебной ошибки [Текст] / Е.Х. Баринов, О.И. Косухина, П.О. Ромодановский // Главный врач: хозяйство и право. – 2013. – № 2. - С. 45–46.

48. Баринов, Е.Х. Здоровье как объект гражданского права [Текст] / Е.Х. Баринов, И.Л. Балашова, О.И. Косухина [и др.] // Проблемы экспертизы в медицине. – 2012. – № 1–2. – С. 5–9.

49. Баринов, Е.Х. Роль медицинской документации при проведении комиссионных судебно–медицинских экспертиз по уголовным и гражданским делам, связанным с профессиональными ошибками и дефектами оказания медицинской помощи [Текст] / Е.Х. Баринов, Б.М. Муздыбаев, П.О. Ромодановский [и др.] // Медицинская экспертиза и право. – 2010. – № 4. – С. 22–25.

50. Беспальчук, П.И. Операции в травматологии и ортопедии: Карманный справочник [Текст] /. П.И. Беспальчук, А.В. Прохоров, А.И. Волотовский Худ, обл. М.В. Драко.- Мн.: ООО «Попурри», 2001. - 208с.: ил.

51. Блаженко, А.Н. Обоснование лечебно-диагностических подходов при оказании медицинской помощи пострадавшим в остром периоде политравмы в многопрофильном стационаре [Текст]: автореф. дис. … д-ра мед. наук: 14.01.15 / А.Н. Блаженко. – Краснодар, 2012. – 33с.

52. Блаженко, А.Н. Оценка информативности методов диагностики сочетанных и множественных повреждений в остром периоде политравмы в условиях

травмоцентра 1-го уровня [Текст] / А.Н. Блаженко, А.А. Завражнов, В.Э. Дубров [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2011.– № 4. – С. 68–78.

53. Боев, В.С. Кадровые проблемы в системе здравоохранения промышленно-развитого городского округа [Текст] / В.С. Боев // Здравоохранение РФ. – 2014. – № 3. – С. 44–46.

54. Бойцов, С.А. Половозрелые показатели смертности населения и годы жизни, потерянные в результате преждевремнной смертности в Российской Федерации в 2012 г. [Текст] / С.А. Бойцов, И.В. Самородская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. № 2. – С. 20–24.

55. Бондаренко, Н.Н. Механизм объективной оценки в системе управления качеством оказания стоматологических услуг [Текст]: автореф. дисс. … д-ра мед. наук: 14.00.21 / Н.Н Бондаренко. – М, 2007. – 32 с.

56. Буромский, И.В. Предложения по внесению изменений в «Медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» [Текст] / И.В. Буромский, Е.М. Кильдюшов, Е.А. Башкорева // Медицинская экспертиза и право. – 2010. – № 4. – С. 12–16.

57. Быстров, С.В. Организация корректного лечения больных с переломами проксимального отдела бедренной кости [Текст] / В.В.Ключевский, М.В. Белов, С.В. Быстров, И.А. Серов // Травматология и ортопедия России. – 2014. – № 2 (72). – С. 107–111.

58. Быховская, О.А. Судебно-медицинская оценка дефектов оказания медицинской помощи в условиях крупного города [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.24 / О.А. Быховская. – СПб., 2002. – 19 с.

59. Вартапетова, Н.В. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в стационарах [Текст] / Н.В. Вартапетова, А.В. Карпушкина, Н.И. Брико [и др.] // Здравоохранение. – 2013. – № 4. – С. 60–69.

60. Власов, В.В. Стандарты медицинской помощи: состояние проблемы в России и возможности улучшения качества первичной медицинской помощи [Текст] / В.В. Власов // Здравоохранение. – 2013. – № 3. – С. 76–83; № 4. – С. 70–76.

61. Водопьянова, Н.Е. Синдром «Выгорания» в профессиях системы «человек–человек» [Текст] / Н.В. Водопьянова // Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности; под ред. Г.С. Никифорова, М.А. Дмитриевой, В.М. Снеткова. – СПб.: Речь, 2001. –С. 276–282.

62. Волков, В.П. К вопросу о травматическом шоке при сочетанной травме (по материалам одной судебно-медицинской экспертизы) [Текст] / В.П. Волков // Судебно-медицинская экспертиза. – 2012. – № 4. –С. 27–29.

63. Габибулаев, Ф.А. Качество скорой и неотложной медицинской помощи городскому населению [Текст] / Ф.А. Габибулаев // Здравоохранение РФ. – 2010. – № 5. – С. 29–32.

64. Гецманова, И.В. Проблемы правового регулирования медицинских услуг [Текст] / И.В. Гецманова // Проблемы экспертизы в медицине. – 2013. – № 4. – С. 5–8.

65. Гиршин С.Г. Повреждения и заболевания мышц, сухожилий и связок (клинический опыт и обзор литературы) [Текст] / С.Г.Гиршин, Г.Д. Лазишвили, В.Э.Дубров. М.: ИПК Дом книги, 2013. – 496 с.

66. Гончаров, С.Ф. Федеральная целевая программа «Повышение безопасности дорожного движения в 2006 – 2012 годах»: основные итоги выполнения [Текст] / С.Ф. Гончаров, Л.В. Борисенко // Медицина катастроф. – 2013. – № 1 (81). – С. 5–9.

67. Гриднев, О.В. К вопросу о реорганизации амбулаторно-поликлинической помощи населения Москвы [Текст] / О.В. Гриднев, А.А. Загоруйченко// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 4. – С. 36–38.

68. Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2014 год [Электронный ресурс]. – URL: http://www.rosminzdrav.ru/document/.

69. Губин, А.И. Профессиональное выгорание у врачей травматологов и его профилактика [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук: 05.13.01 / А.И. Губин. – Воронеж, 2009. — 43 с.

70. Гуманенко, Е.К. Оценка качества медицинской помощи при черепно-мозговой травме на основе анализа медицинской документации [Текст] /Е.К. Гуманенко, О.В. Могучая, И.А. Симонова, [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2014. – № 1. – С.51-53.

71. Гусева, С.Л. Доступность амбулаторной медицинской помощи: пути решения проблемы [Текст] / С.Л. Гусева, И.В. Горохова // Здравоохранение. – 2014. – № 2. – С. 94–98.

72. Гущин, Г.В. Неукоснительное соблюдение основных принципов охраны здоровья – гарантия доступности и качества медицинской помощи [Текст] / Г.В. Гущин // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2013. – № 6. – С. 3–5.

73. Дартау, Л.А. Здоровье человека и качество жизни: проблемы и особенности управления [Текст] / Л.А. Дартау, Ю.Л. Мизерницкий, А.Р. Стефанюк. – М.: СИНТЕГ, 2009. – 400 с.

74. Дежурный, Л.И. Система первой помощи в России и ее взаимодействие со службой скорой медицинской помощи [Текст] /Л.И. Дежурный, В.В. Бояринцев, Г.В. Неудахин // Скорая медицинская помощь. – 2013. – № 2. – С. 44–50.

75. Доклад о развитии человеческого потенциала в РФ, 2004. На пути к обществу, основанному на знаниях [Текст] / под общ. ред. С.Н. Бобылева. – М.: Весь Мир, 2004. – 160 с.

76. Доклад о реализации государственной политики в области условий и охраны труда в Российской Федерации в 2013 году [Электронный ресурс]. – URL: http://docviewer.yandex.ru

77. Дулаев, А.К. Раннее хирургическое вмешательство при чрезвертельных переломах бедренной кости у пациентов пожилого и старческого возраста [Текст] / А.К. Дулаев, А.Н. Цед, М.И. Бобрин [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2011. – Т. 12. – № 2. – С. 54–58.

78. Евдокимов, Д.В. Стандартизация и экспертиза качества медицинской помощи: о чем свидетельствует опыт обязательного медицинского страхования?

[Текст] / Д.В. Евдокимов // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007.– № 11.– С. 48–52.

79. Евдокимов Е.А. Дорожно–транспортный травматизм и неотложная помощь [Текст] / Е.А. Евдокимов // Неотложная медицина. – 2010. – № 1–2. – С. 4–6.

80. Евсюков, А.В. Влияние метода лечения на риск развития венозных осложнений у пациентов пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедра [Текст] / А.В. Евсюков, С.В. Власов, А.А. Пронских // Риски в современной травматологии и ортопедии: материалы межрегион. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвященной памяти профессора А.Н. Горячева, г. Омск, 26–27 апреля 2013 г. – Омск: Изд-во «Омскбланкиздат», 2013. – С. 89–90.

81. Елфимов, П.В. Оптимизация организационно-экономической модели развития травматологической службы в условиях кризиса здравоохранения [Текст] / П.В. Елфимов, Н.Л. Кузнецова, А.В. Рыбин [и др.] // Вестник центральной городской больницы № 23. – 2003. – № 1. – С. 15–19.

82. Елфимов, П.В. Организационные и клинические аспекты оказания травматологической помощи. Т. 1. Организация травматологической помощи [Текст] / П.В. Елфимов; под общ. ред. П.В. Елфимова, Н.Л. Кузнецовой. – Екатеринбург: Изд–во Урал. ун–та, 2002. – С. 168.

83. Елфимов, П.В. Организационно–экономические аспекты внедрения модели многопрофильного дневного стационара в муниципальном лечебном учреждении [Текст] / П.В. Елфимов, Н.В. Кривенко, Н.Л. Кузнецова, Н.И. Елфимова // Организационно-управленческие и экономические аспекты деятельности здравоохранения. – Екатеринбург, 2005. – С. 205–212.

84. Елфимов, П.В. Пакет концептуальных моделей системы организации травматологической помощи [Текст] / П.В. Елфимов, Е.Н. Малышева, С.Л. Гольдштейн, Н.Л. Кузнецова // Инжиниринг, инновации, инвестиции. – 2006. – № 8. – С. 113–123.

85. Елфимов, П.В. Профилактика травматизма как одно из направлений улучшения демографической ситуации [Текст] / П.В. Елфимов, А.В. Рыбин, Н.Л. Кузнецова // Вестник центральной городской больницы № 23. – 2005. – № 2. – С. 8–15.

86. Елфимов, П.В. Пути реорганизации травматологической службы крупного административного центра [Текст] / П.В. Елфимов, Н.Л. Кузнецова, А.В. Рыбин // Проблемы городского здравоохранения. – 2005. – № 10. – С. 140–144.

87. Елфимов, П.В. Технологическая модель организации травматологической помощи в субъекте федерации [Текст] / П.В. Елфимов, Н.Л. Кузнецова, А.В. Рыбин, Т.Э. Гершкович // Неотложная медицина в мегаполисе: тез. докл. II междунар. форума. – М., 2006. – С. 80–81.

88. Ерофеев, С.В. Об объективности судебно-медицинской оценки качества медицинской помощи [Текст] / С.В. Ерофеев, В.П. Новоселов // Вестник межрегиональной ассоциации «Здравоохранение Сибири».– Новосибирск, 2001. – С. 56–58.

89. Еругина, М.В. Оформление первичной медицинской документации в стационаре: типичные ошибки [Текст] / М.В. Еругина // Здравоохранение. – 2014. – № 2. – С. 62–68.

90. Ершова, Е.В. Опыт внедрения системы управления качеством на станции СМП: итоги и перспективы развития [Текст] / Е.В. Ершова // Здравоохранение. – 2014. – № 1. – С. 76–85.

91. Ершова, Е.В. Служба скорой медицинской помощи: заданные направления развития [Текст] / Е.В. Ершова // Здравоохранение. – 2014. – № 4 – С. 86–94.

92. Жабин, Г.И. Оперативное лечение свежих повреждений локтевого сустава и их последствий (клиническое исследование) [Текст]: автореф. дис. ... д–ра мед. наук: 14.00.22 / Г.И. Жабин. – СПб., 1995. – 20 с.

93. Жаворонков, Е.А. Лечение пациентов с изолированными переломами головки лучевой кости [Текст]: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.15 / Е.А. Жаворонков. – М., 2012. – 91 с.

94. Жаров, В.В. Роль БСМЭ ДЗМ в улучшении качества медицинской помощи [Текст] / В.В. Жаров // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе: сб. докл. всерос. науч.-практ. конф., посвященной 75-летию Российского центра судебно-медицинской экспертизы. – М., 2007. – С. 79–83.

95. Загородний, Н.В. О состоянии травматолого-ортопедической службы [Текст] / Н.В. Загородний // Медицина целевые проекты. – 2012. – № 11. –С. 60–61.

96. Зинчук, Ю.Ю. Опыт управления качеством медицинской помощи и эффективностью лечебного процесса в муниципальной больнице [Текст] / Ю.Ю. Зинчук // Здравоохранение РФ. – 2009. – № 4.– С. 3–10.

97. Зоря, В.И. Повреждения локтевого сустава: руководство [Текст] / В.И. Зоря, А.В. Бабовников. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 464 с.

98. Зуева, Д.П. О повышении профессиональной подготовки врачей травматологов-ортопедов [Текст] / Д.П. Зуева, В.В. Зарецков, Т.Н. Акимова, А.В. Зарецков // Здравоохранение РФ. – 2010. – № 5. – С. 28–29.

99. Иванов, А.В. Информирование пациента медицинской организацией: как избежать ошибок [Текст] / А.В. Иванов // Здравоохранение. – 2014. –№ 3. – С. 78–86.

100. Иванов, А.В. Качество медицинских услуг как инструмент обеспечения финансовой устойчивости ЛПУ [Текст] / А.В. Иванов, А.В. Рогозин // Здравоохранение. – 2011. – № 4. – С. 57–68.

101. Иванов, П.А. Эффективность различных компоновок стержневых аппаратов внешней фиксации таза у пациентов с политравмой на реанимационном этапе [Текст] / П.А. Иванов, Н.Н. Заднепровский // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2014. – №1.– С. 12–18.

102. Ившин, И.В. Судебно-медицинские аспекты профессиональных преступлений медицинских работников против жизни и здоровья [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.24 / И.В. Ившин. – М., 2005. – 26 с.

103. Интервью с руководителем Минздравсоцразвития РФ Татьяной Голиковой [Текст] // Коммерсант. Фармацевтика: тематическое приложение к газете. – 2010. – № 33.

104. Кактурский, Л.В. Роль патологоанатомической службы в экспертизе качества медицинской помощи [Текст] / Л.В. Кактурский // Здравоохранение. – 2014. – № 3. – С. 86–92.

105. Калининская, А.А. Механизмы повышения эффективности деятельности служб скорой и неотложной медицинской помощи [Текст] / А.А. Калининская, А.К. Дзугаева // Здравоохранение РФ. – 2009.–№ 4. – С. 10–14.

106. Каменева, К.Ю. Оценка относимости допустимости и достоверности заключения судебно-медицинского эксперта по «медицинским» спорам [Текст] / К.Ю. Каменев // Главный врач: хозяйство и право. – 2013. – № 3. – С. 43–45.

107. Камруззаман, С. Различные методологические подходы к оценке экономических потерь от ухудшения здоровья (заболеваемости, инвалидности, смертности) [Текст] / С. Камруззаман, А.Л. Линденбратен, Н.Е. Воронова, С.М. Головина // Экономика здравоохранения. – 2009. –№ 12. – С. 26–32.

108. Касимовский, К.К. Актуальные вопросы частного здравоохранения медицинского страхования за рубежом [Текст] / К.К. Касимовский, Е.П. Жиляева, Н.М. Заика // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 2. – С. 34–35.

109. Клевно В.А. Медицинские критерии вреда здоровью. Дефиниции и иллюстрации: атлас [Текст] / В.А.Клевно, С.Н.Куликов, А.В.Копылов; под ред. проф. В.А.Клеквно – М.: РИО ФГБУ РЦСМЭ Минздравсоцравития России, 2012. – 367 с.: ил.

110. Клевно, В.А. Итоги судебно–экспертной деятельности бюро судебно–медицинской экспертизы Московской области в 2013 г.: датированный ежегодник [Текст] / В.А. Клевно, С.А. Кучук, В.А. Зазулин, Н.А. Романько. – М.: ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», 2014. – 40 с.

111. Клипина Т.Ю. Анализ клинических особенностей острых хирургических заболеваний и травм органов брюшной полости у больных с сопутствующей

психиатрической патологией [Текст]: дис. … канд. мед. наук: 14.00.22 / Т.Ю. Клипина. - Саратов, 2004. - 24с.

112. Ковалев, А.В. Пределы экспертной компетенции в оценке нарушений требований ведомственных нормативных правовых документов при проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» в уголовном судопроизводстве [Текст] / А.В. Ковалев, И.П. Плетянова, В.А. Фетисов // Судебно-медицинская экспертиза.–2014. – № 5. – С. 21–24.

113. Ковалевский, С.М. Правовые проблемы защиты прав пациентов, пострадавших в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи [Текст] / С.М. Ковалевский // Здравоохранение. – 2014. – № 12. – С. 84–96.

114. Колиева, Г.Л. Развитие процесса стандартизации в отечественном здравоохранении [Текст] / Г.Л. Колиева, П.А. Воробьев, Д.В. Лукьянцева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2010. – № 3–4. – С. 3–7.

115. Колтович, А. Хирургический метод «damage control» в мирных и военных условиях [Текст] / А. Колтович, Р. Пфейфер, Д. Ивченко [и др.] // Политравма. – 2014. – № 4. – С. 6–15.

116. Контроль качества медицинской помощи за рубежом [Текст] // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2013. – № 4. – С. 62–78.

117. Копенкин, С.С. Система профилактики венозных тробоэмболических осложнений в травматолого-ортопедических отделениях стационара [Текст] / С.С. Копенкин, А.Б. Бут–Гусаим, А.В. Скороглядов // Вестник РУДН. – 2008. – № 6. – С. 141–150.

118. Королев, В.М. Основные направления совершенствования организации медицинской помощи пострадавшим с сочтенной травмой в условиях многопрофильного стационара [Текст] / В.М. Королев // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2011. – № 1–2. – С. 13–17.

119. Королева, Е.П. Охрана труда медицинских работников: психоэмоциональные факторы [Текст] / Е.П. Королева // Здравоохранение. – 2013. – №4. – С. 44–51.

120. Котельников, Г.П. Лечение пожилых пациентов с повреждениями проксимального отдела бедра [Текст] / Г.П. Котельников, С.В. Ардатов, А.С. Панкратов [и др.] // Новое в травматологии и ортопедии: тез. докл. всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Самара, 2012. – С. 56–57.

121. Котельников, Г.П. Хирургическое лечение акромиальных вывихов ключицы [Текст] / Г.П. Котельников, В.С. Стуколов, А.П. Чернов // Травматология и ортопедия: современность и будущее: материалы междунар. конгресса. – М., 2003. – С. 246–247.

122. Косухина, О.И. Внимательное отношение к больному – залог предотвращения неблагоприятных исходов в медицинской практике [Текст] / О.И. Косухина, Е.Х. Баринов, М.А. Сухарева // Главный врач: хозяйство и право. – 2013. – № 3. – С. 46–47.

123. Кочубей, А.В. Организация оказания медицинской помощи: нормативно-правовое регулирование [Текст] / А.В. Кочубей // Здравоохранение.–2013. – № 12. – С. 50–54.

124. Куваева, И.О. История изучения «синдрома выгорания» в американской психологии [Текст] / И.О. Куваева // Проблемы исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике): сб. науч. ст. – Курск: изд-во КГУ, 2007. – С. 85–88.

125. Куликова, Н.Г. Медико-социальные особенности больных трудоспособного возраста с первичной инвалидностью [Текст] / Н.Г. Куликова, С.Ш. Камурзоева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 2. – С. 14–16.

126. Куспаев, Е.Н. Влияние организации работы приемного отделения на результаты лечения хирургических больных [Текст] / Е.Н. Куспаев, Н.О. Делеллис // Хирургия Кыргызстана. – 2011. – № 1. – С. 29–31.

127. Куспаев, Е.Н. Организация работы приемного отделения как ключевого звена в оказании скорой и неотложной медицинской помощи [Текст] / Е.Н. Куспаев // Валеология. – 2010. – № 2. – С. 16–19.

128. Левченко, Т.В. Анализ госпитальной летальности и качества клинической диагностики у пострадавших с политравмой [Текст] / Т.В. Левченко, С.А. Кравцов, А.Н. Корнев [и др.] // Политравма. – 2014. – №3. – С. 24–32.

129. Леонов, С.А. Динамика основных показателей автодорожного травматизма в Российской Федерации [Текст] / С.А. Леонов, Е.В. Огрызко, Т.М. Андреева // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2009. – № 3. – С. 86–91.

130. Линденбратен, А.Л. Роль безопасности медицинской деятельности в обеспечении ее качества [Текст] / А.Л. Линденбрате, Т.В. Гололобова // Здравоохранение. – 2014. – № 9. – С. 88–96.

131. Лисицин, Ю.П. Из истории изучения влияния образа жизни на здоровье [Текст] / Ю.П. Лисицин, Т.В. Журавлева, А.А. Хмель // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 2. – С. 39–41.

132. Лисицин, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] / Ю.П. Лисицин. – М.: ГЕОТАР–Медиа, 2002. – 544 с.

133. Литвина, Е.А. Экстренная стабилизация переломов костей таза у больных с политравмой [Текст] / Е.А. Литвина // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2014. – № 1. – С. 19–24.

134. Лукьянова, Н.А. Федеральный Закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» реализация прав пациента [Текст] / Н.А. Лукьянова // Здравоохранение. – 2012. – № 8. – С. 80–87.

135. Лялина, Е.А. Комплексная оценка влияния дефектов ведения медицинской документации на качество судебно-медицинских экспертиз [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.02.03 / Е.А. Лялина. – Новокузнецк, 2010. – 24 с.

136. Мазур, И.И. Управление качеством [Текст] / И.И. Мазур, В.Д. Шапиро. – М.: Омега, 2008. – 399 с.

137. Мазуркевич, Г.С. О проблеме шока и перспективах ее разработки [Текст] / Г.С. Мазуркевич, Б.И. Джурко, А.И. Тюкавин [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2013. – № 2. – С. 10–19.

138. Максимов, А.В. Судебно-медицинская оценка дефектов оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.03.05 / А.В. Максимов. – М., 2013. – 24 с.

139. Маттис, Э.Р. Стандартизация травматолого-ортопедической помощи: альтернативный вариант [Текст] / Э.Р. Маттис, Н.А. Еськин // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2011. – № 1.– С. 68–72.

140. Меерсон, Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика [Текст] / Ф.З. Меерсон. – М.: Наука, 1981. – 278 с.

141. Мирошниченко, А.Г. Оснащение выездных бригад скорой медицинской помощи специализированными наборами [Текст] / А.Г. Мирошниченко, Д.И. Невский, Л.Ф. Фролова, А.А. Рыбалов // Скорая медицинская помощь. – 2011. – № 4. – С. 4–14.

142. Мирошниченко, А.Г. Скорая медицинская помощь в свете государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г. [Текст] / А.Г. Мирошниченко, В.В. Стожаров, И.М. Барсуков, Ю.П. Линец // Скорая медицинская помощь. – 2013. – № 2. – С. 4–9.

143. Миняйлик, Г.М. Роль стандартизации в отечественном здравоохранении [Текст] / Г.М. Меняйлик // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2008. – № 1. – С. 5–14.

144. Миронов, С.П. Болезни костномышечной системы как социально-экономическая проблема [Текст] / С.П. Миронов, Н.А. Еськин, Т.М. Андреева // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2012. – № 2. – С. 3–7.

145. Миронов, С.П. Концепция первого этапа стандартизации в травматологии и ортопедии [Текст] / С.П. Миронов, Э.Р. Маттис, В.В. Троценко // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2006. – № 2. – С. 5–9.

146. Миронов, С.П. Состояние ортопедо-травматологической службы в Российской Федерации и перспективы внедрения инновационных технологий в травматологии и ортопедии [Текст] / С.П. Миронов // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2012. – № 4. – С. 3–10.

147. Миронов, С.П. Травматизм, ортопедическая заболеваемость, состояние травматолого-ортопедической помощи населению России в 2012 г. [Текст] / С.П. Миронов. – М.: Телер, 2013.

148. Михайлович, В.А. Руководство для врачей скорой помощи [Текст] / В.А. Михайлович, А.Г. Мирошниченко. – СПб.: Невский диалект, 2005. – 703 с.

149. Морозов, Д.С. Лечение внутрисуставных переломов дистального отдела плечевой кости [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.22 / Д.С. Морозов. – М., 2009. – 22 с.

150. Москвичева, М.Г. Непосредственные причины смерти пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях и оценка эффективности работы трехуровневой системы травмоцентров на территории Челябинской области [Текст] / М.Г. Москвичева, Е.В. Шишкин // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2014. – № 3. – С. 5–9.

151. Муравьев К.А. Научное обоснование и разработка механизма организации экстренной медицинской помощи больных хирургического профиля на регинальном уровне [Текст]: автореф. дис. …д-ра. мед. наук: 14.02.03 / К.А.Муравьев. – М., 2012.- 48 с.

152. Мыльникова, Л.А. Совершенствование медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на догоспитальном и госпитальном этапах оказания скорой медицинской помощи [Текст] / Л.А. Мыльникова // Скорая медицинская помощь. – 2004. – №1. – С. 5–8.

153. Неволин, Н.И. Оценка обстоятельств изучения качества медицинской помощи в случаях дефектов ее оказания [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.24 / Н.И. Неволин. – Екатеринбург, 2003. – 43 с.

154. Норкин, И.А. Дорожно-транспортный травматизм и его последствия в Саратовской области [Текст] / И.А. Норкин, Т.Н. Акимова, В.В. Савченко, А.Р. Шебалдов // Здравоохранение РФ. – 2009. – № 2. – С. 41–43.

155. Норкин, И.А. Травматолого-ортопедическая служба региона: проблемы и задачи [Текст] / И.А. Норкин, А.В. Баратова, Т.Н. Акимова [и др.] // Здравоохранение РФ. – 2014. – № 4. – С. 12–17.

156. Нормативные документы и комментарии [Текст] // Здравоохранение. – 2009. – № 7. – С. 105–109.

157. Обобщенные результаты социологических исследований отношения населения к системе здравоохранения [Электронный ресурс]. – URL: http://www.rosminzdrav.ru/news/2015/09/01/.

158. О некоторых организационно–правовых аспектах контроля качества медицинской помощи, оказываемой на ФАПах [Текст] // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2013. – № 6. – С. 59–60.

159. Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2013 году и задачах на 2014 год [Электронный ресурс]. – URL: http://www.rosminzdrav.ru/special/events/2014/04/23/453-rasshirennoe-zasedanie-kollegii-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-obitog ah - raboty-ministerstva-v-2013-godu-i-zadachah-na-2014-god.

160. Осипов, Г.В. Демографическая политика в России: трансформация, результаты, перспективы [Текст] / Г.В. Осипов, С.В. Рязанцев // Вестник Российской академии наук. – 2014. – Т. 84. – № 11. – С. 963–972.

161. Осипова, Е.А. Социология массовых коммуникаций [Текст]: учебник / Е.А.Осипова, И.В. Орлова, И.В.Соколова. – М.: Академия, 2014. – 399 с.

162. ОСТ 91500.11.0007–2003. Протокол ведения больных. Профилактика тромбоэмболии легочной артерии при хирургических и иных инвазивных вмешательствах [Текст]. – М.: Ньюдиамед, 2004. – 64 с.

163. Отчет о работе Московского городского фонда обязательного медицинского страхования в 2014 году [Электронный ресурс]. – URL: http://www.mgfoms.ru/system/files/otchet_2014.pdf

164. Отчет о работе научно-практической конференции «Управление качеством в здравоохранении: стандартизация, клинико-экономический анализ»

[Текст] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2008. – № 1. – С. 15–82.

165. Пальшин Г.А. Травматизм, заболеваемость костно-мышечной системы и состояние травматолого-ортопедической помощи населению Дальневосточного федерального округа Российской федерации [Текст] / Г.А. Пальшин, Федотов Т.С. // Вестник Якутского государственного университета им. М. К. Аммосова –2010. – №2. –Том 7. – С.56-63.

166. Панов, А.В. Возможности мирового соглашения для разрешения судебного спора [Текст] / А.В. Панов // Здравоохранение. – 2011. – № 9. – С. 66–76.

167. Пашинян, А.Г. Комплексное клиническое, экспертное медико-правовое исследование профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов при оказании дерматовенерогоческой помощи [Текст]: автореф. дис. …д-ра. мед.наук: 14.00.24, 14.00.11 / А.Г. Пашинян. – М., 2005. – 46 с.

168. Пашинян, Г.А. Проблема квалификации деяний, посягающих на здоровье человека, в связи с введением в действие медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека [Текст] / Г.А. Пашинян, И.В. Ившин // Медицинская экспертиза и право. – 2009. – № 1. – С. 16–20.

169. Пашинян, Г.А. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья [Текст] / Г.А. Пашинян, И.В. Ившин. – М.: Медицинская книга, 2006. – 196 с.

170. Печатников Л. Необходимо обеспечить людям доступность медицинской помощи [Текст] / Л.Печатников // Московская медицина. – 2015. - №1(4) – С. 5-10.

171. Печерей, И.О. Применение нормативно-правовых актов, устанавливающих правила ведения и формы медицинской документации: особенности судебной практики [Текст] / И.О. Печерей // Здравоохранение. – 2013. – № 3. – С. 84–90.

172. Пешехонов, Э.В. Организация обследования и лечения пострадавших старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости [Текст] / Э.В. Пешехонов, А.В. Меркулов // Новое в травматологии и ортопедии:

тез. докл. всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 45-летию кафедры травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных состояний СамГМУ. – Самара, 2012. – С. 19–21.

173. Пешехонов, Э.В. Осложнения лечения пациентов старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости [Текст] / Э.В. Пешехонов, А.В. Меркулов // Риски в современной травматологии и ортопедии: материалы межрегион. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. памяти профессора А.Н. Горячева. – Омск: Омскбланкиздат, 2013. – С. 89–90.

174. Пешкун, А.В. Организационные аспекты оказания в догоспитальном периоде экстренной скорой медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях [Текст] / А.В. Пешкун, М.Ш.С. Эртуханов, Н.Г. Гончаров, И.М. Мидбрейт // Медицина катастроф. – 2012. – № 1. – С. 63–64.

175. Пиголкин, Ю. И. Структура смертности в России [Текст] / Ю. И. Пиголкин, Ю. В. Сидорович // Актуальные вопросы судебно-медицинской науки и практики: материалы межрегион. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 75–летию судебно-медицинской службы. –Киров, 2010. – С. 64–67.

176. Пирогов, М.В. Перспективы участия частного здравоохранения в реализации программ госгарантий [Текст] / М.В. Пирогов // Здравоохранение. – 2014. – № 8. – С. 20–27.

177. Плавинский, С.Л. Качество медицинской помощи и стандартизации в здравоохранении: международный опыт и российские реалии [Текст] / С.Л. Плавинский // Здравоохранение. – 2014. – № 3. – С. 92–100.

178. Плавунов, Н.В. Организация оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях в городе Москве [Текст] / С.А. Федотов, Н.В. Плавунов, Л.Г. Костомарова, В.И. Потапов // Медицина катастроф. – 2011. – № 3. – С. 32–35.

179. Плавунов Н.Ф. Организация работы приемного отделения. Методические рекомендации №25 [Текст] / Н.Ф.Плавунов, Д.К.Некрасов // НПЦ ЭМП - М., 2003 – 28 с.

180. Погосян, С.Г. Анализ мнения врачей об их профессиональной подготовленности [Текст] / С.Г. Погосян, А.Е. Орлова, С.Е. Тептин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 1. – С.33–35.

181. Полуев, В.И. О значении первичной медицинской документации при оценке качества оказания стоматологической помощи пациентам [Текст] / В.И. Полуев, Е.С. Тучик, В.Д. Вагнер, А.А. Логинов // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2000. – № 2. – С. 66 – 67.

182. Полуев, В.И. Еще раз к вопросу о значении медицинской документации [Текст] / В.И. Полуев, Е.С. Тучик, А.А. Логинов // Экономика и менеджмент. – 2002. – № 2 (7). – С. 11 – 13.

183. Попов, В.П. Осложнения при накостном остеосинтезе у больных с переломами длинных трубчатых костей [Текст] / В.П. Попов, В.П. Здрелько, И.Г. Трухачев, А.В. Попов // Гений ортопедии. – 2014. – № 2. – С. 5–9.

184. Попова, Т.Г. Амбулаторная карта стоматологического больного – важный источник информации в гражданском судопроизводстве [Текст] / Т.Г. Попова // Актуальные аспекты судебной медицины и экспертной практики: сб. науч. тр. – М., 2008. – Вып. 1. – С. 119–122.

185. Порядок организации и проведения контроля качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности в Новгородской области [Текст] // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. –2013. – № 6. – С. 35–58.

186. Посненкова, О.М. Современный взгляд на проблему управлением качеством медицинской помощи [Текст] / О.М. Посненкова, А.Р. Киселев, В.И. Гриднев, П.Я. Довгалевский // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2011. – № 5–6. – С. 10–13.

187. Проблемы и перспективы развития судебно-медицинской экспертной деятельности в Российской Федерации [Текст] // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2013. – № 6. – С. 60–62.

188. Прудков, А.И. Управление проблемой травматизма в крупном промышленном центре России [Текст] / А.И. Прудков, И.А. Моктина, Е.П. Булева, С.Ю. Лукин // Здравоохранение РФ. – 2010. – № 2. – С. 19–22.

189. Разумный, Н.В. Медико-экономические подходы к формированию стандартов медицинской помощи пострадавшим с травмами сопровождающимся шоком [Текст]: автореф дис. … канд. мед. наук: 14.02.03 / Н.В. Разумный. – СПб., 2011. – 24 с.

190. Ратьев, А.П. Лечение переломовывихов костей предплечья [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.22 / А.П. Ратьев. – М., 2008. – 28 с.

191. Решетников, А.В. Методика проведения медико-социологических исследований [Текст] / А.В. Решетников, С.А. Ефименко, Л.М. Астафье. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2003. – 160 с.

192. Решетников, А.В. Эволюция и развитие социологии медицина [Текст] / А.В.Решетников // Экономика здравоохранения. – 2007. – № 11 (120). – С. 24–28.

193. Родин, О.В. Организационные пути совершенствования правовой обоснованности судебно-медицинских экспертиз по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг [Текст] / О.В. Родин, А.В. Тихомиров // Медицинская экспертиза и право. – 2010. – № 2. – С. 15–18.

194. Романовская, О.В. Правовой статус врачебного консилиума [Текст] / О.В. Романовская // Здравоохранение. – 2014. – № 8. – С. 76–86.

195. Романовская, О.В. Этические документы в медицинском праве [Текст] / О.В. Романовская // Здравоохранение. – 2014. – № 9. – С. 96–102.

196. Рыков, А.Г. Хирургическая тактика и оказание специализированной помощи при переломах проксимального отдела бедренной кости больным пожилого и старческого возраста [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.22 / А.Г. Рыков. – Новосибирск, 2009. – 43 с.

197. Саверский, А.В. Права пациентов на бумаге и в жизни [Текст] / А.В. Саверский. М.: Эксмо, 2009. – 544 с. – (Медицинская практика).

198. Сазонова, Н.В. Система менеджмента качества Центра Илизарова как один из основных элементов управления учреждением здравоохранения [Текст] /

Н.В. Сазонова, Е.Н. Овчинникова, Е.А. Вороновия, И.А. Голобокова // Здравоохранение РФ. – 2014. – № 3. – С. 19–23.

199. Салыгина, Е.С. Претензионная работа с пациентами [Текст] / Е.С. Салыгина // Здравоохранение. – 2014. – № 6. – С. 82–90.

200. Самородская, И.В. Клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи [Текст] / И.В. Самородская // Здравоохранение. – 2013. – № 12. – С. 66–74.

201. Самохвалов, И.М. Временная неинвазивная стабилизация таза [Текст] / И.М. Самохвалов, М.Б. Борисов, В.В. Денисенко [и др.] // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2014. – № 1. – С. 6–11.

202. Самохвалов, И.М. Индивидуализция тактики реаниматологической помощи у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой головы и груди [Текст] / И.М. Самохвалов, С.В. Гаврилин, Д.П. Мешаков [и др.] // Эффективная терапия. – 2010. – Т. 16. – № 4. – С. 51–54.

203. Сергеев, Ю.Д. Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (экспертно-правовые аспекты) [Текст] / Ю.Д. Сергеев, Ю.В. Бисюк. М.: Авторская академия Тов. Научных изданий КМК, 2008. – 399 с.

204. Семенов, В.Ю. Обязательное медицинское страхование глазами медицинских работников [Текст] / В.Ю. Семенов, К.Ю. Лакунин, С.А. Лившиц // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 1. – С. 19–21.

205. Скороглядов А.В. Диагностика и современные принципы лечения переломов пяточной кости / А.В. Скороглядов, С.С. Копенкин, Г.В. Коробушкин // Здравоохранение и медицинская техника. – 2005. - № 2 (16). – С.44-46.

206. Скороглядов, А.В. Лечение внутрисуставных переломов дистального отдела плечевой кости [Текст] / А.В. Скороглядов, А.Б. Бут-Гусаим, Д.С. Морозов // тез. докл гор. науч.-практ. конф. – М.: НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, 2007. – С. 12–14.

207. Соколов, В.А. Дорожно-транспортные травмы: руководство для врачей [Текст] / В.А. Соколов. – М.: ГЕОТАР–Медиа, 2009. – 179 с.

208. Соколов, В.А. Особенности сортировки пострадавших с сочетанной травмой при поступлении в стационар [Текст] / В.А. Соколов, П.А. Иванов, Д.А. Гараев // Научные основы медицины катастроф и организация медицинской помощи населению в ЧС: тез. докл. всерос. науч.-практ. конф. – М., 2003. – С. 56–57.

209. Соколов, В.А. Практическое применение концепции «damage control» при лечении переломов длинных костей конечностей у пострадавших с политравмой [Текст] / В.А. Соколов, Е.И. Бялик, П.А. Иванов, Д.А. Гараев // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2005. – № 1. – С. 3–7.

210. Суслина, С.А. Современные подходы к организации медицинской помощи населению в условиях многопрофильной больницы [Текст] / С.А. Суслина, В.В. Павлов, С.В. Шешунова // Здравоохранение РФ. – 2014. – №4. – С. 29–33

211. Тарасенко, Е.А. Врачи и пациенты: изменение взаимоотношений [Текст] / Е.А. Тарасенко // Здравоохранение. – 2012. – № 5. – С. 94–100.

212. Татаринцев, А.В. Экспертная оценка дефектов оказания экстренной медицинской помощи больным с острой абдоминальной хирургической инфекцией [Текст]: автореф. … канд. мед. наук: 14.01.17 / А.В. Татаринцев. – М., 2011. – 22 с.

213. Татаринцев, А.В. Экспертная оценка дефектов оказания медицинской помощи больным хирургического профиля по данным анализа основной медицинской документации: методические рекомендации [Текст] / А.В. Татаринцев, Е.Х. Баринов, П.О. Ромодановский. – М.: РИО ФГБУ РЦСМЭ Минздравсоразвития России, 2012. – 20 с.

214. Татарников, М.А. Актуальные проблемы формирования системы управления качеством медицинской помощи в Российской Федерации [Текст] / М.А. Татарников // Актуальные проблемы формирования системы управления качеством медицинской помощи в Российской Федерации. – 2013. – № 5.– С. 3–7.

215. Татарников, М.В. Планирование качества [Текст] / М.В. Татарников // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2013. – № 11. – С. 3–11.

216. Тихилов, Р.М. Вопросы стандартизации специализированной медицинской помощи пострадавшим с переломами костей голени в условиях многопрофильного стационара [Текст] / Р.М. Тилихов, Т.Н. Воронцова, И.Г. Беленький // Травматология и ортопедия России. – 2013. – № 2 (68). С. 5–13.

217. Трифонова, Н.Ю. Современные подходы к оценке качества медицинской помощи в ЛПУ [Текст] / Н.Ю. Трифонова, С.Н. Петросов, Э.Я. Немцверидзе // Здравоохранение. – 2011. – № 12. – С. 52–56.

218. Тучик, Е.С. О недостатках приказа Минздавсоцразвития от 24.04.2008 г №194-н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» [Текст] / Е.С. Тучик // Медицинская экспертиза и право. – 2009. – № 1. – С. 11–14.

219. Тучик, Е.С. Об упущениях в приказе Минздравсоцразвития от 24.04.2008 г. № 194-н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» [Текст] / Е.С. Тучик // Проблемы экспертизы в медицине. – 2008.–№ 3–4. – С. 26–28.

220. Тучик, Е.С. О соблюдении законности при производстве судебно-медицинских экспертиз по материалам гражданских и уголовных дел [Текст] / Е.С.Тучик, А.В. Скребнев // Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской службы РФ: материалы 5-го всеросс. съезда судебных медиков. – М.: Астрахань, 2000. – С. 51–52.

221. Тягунов, Д.В. Судебно-медицинская характеристика дефектов, возникших при оказании медицинской помощи [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.03.05 / Д.В. Тягунов. – М., 2010. – 28 с.

222. Улумбекова, Г.З. Обоснование уровня государственного финансирования здравоохранения для улучшения здоровья населения Российской Федерации [Текст] / Г.З. Улумбекова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 4. – С. 32–33.

223. Федоткина, С.А. Травмы и отравления среди причин смертности молодежи в России [Текст] / С.А. Федоткина // Здравоохранение РФ. – 2011. – № 2. – С. 20–24.

224. Федотов, С.А. Организация медицинского обеспечения пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях в Москве [Текст]: автореф. дис. … докт. мед. наук: 05.26.02 / С.А. Федотов. – М., 2012. – 42 с.

225. Федотов, С.А. Оценка эффективности экстренного медицинского обеспечения пострадавших в ДТП [Текст] / С.А. Федотов, В.И. Потапов, Т.Н. Щаренская, Т.Н. Бук // Методические рекомендации. – М.: Департамент здравоохранения г. Москвы, 2011. – 25 с.

226. Фрейдлин, С.Я. Профилактика травматизма и организация травматологической помощи [Текст] / С.Я. Фрейдлин. – Л.: Медгиз, 1963. –210 с.

227. Хабова, З.С. Диагностические методы обследования пострадавших с травмами голеностопного сустава (в клинической и экспертной практике) [Текст] / З.С. Хабова, В.А. Фетисов, Т.А. Пирожкова // Медицинская экспертиза и право. – 2012. – № 5. – С. 10–12.

228. Хабриев, Р.У. Стратегия охраны здоровья населения как основа социальной политики государства [Текст] / Р.У. Хабриев, А.Л. Линденбратен, Ю.М. Комаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 3. – С. 3–6.

229. Хубутия М.Ш. Изменение структуры коечного фонда отделений реанимации и палат интенсивной терапии: опыт НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского [Текст] / М.Ш. Хубутия, А.С. Ермолов, Н.А. Карасев, Б.Л. Курилин // Здравоохранение РФ. – 2013. – № 4. – С. 52–57.

230. Цед А. Н. Особенности хирургического лечения пациентов пожилого возраста с внесуставными переломами проксимального отдела бедра [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.01.15 / А.Н. Цед. – СПб., 2012. – 25 с.

231. Черный, А.Ж. Медико-социальная характеристика пациентов, госпитализированных по поводу травм [Текст] / А.Ж. Черный // Травматология и ортопедия России. – 2014. – № 2 (68). С. 88–94.

232. Шапкина, Н.Б. Данные социологического исследования медицинских работников лечебных учреждений Кемеровской области по качеству оказания медицинской помощи [Текст] / Н.Б. Шапкина, Б.А. Саркисян // Медицинская экспертиза и право. – 2010. – № 3. – С. 34–36.

233. Шестаков, Г.С. Определение рисков при реструктуризации экстренной медицинской помощи в сельском муниципальном районе с учетом оценки пациентами ее доступности [Текст] / Г.С. Шестаков, А.С. Гараева, К.С. Межидов // Здравоохранение. – 2014. – № 8. – С. 28–32.

234. Шестаков, Г.С. Ресурсное обеспечение и оптимизация управления станциоей скорой медицинской помощи [Текст] / Г.С. Шестаков, И.Х. Байсултонов // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2011. – № 1–2. – С. 23–29.

235. Шипова, В.М. Штатное обеспечение оказания экстренной медицинской помощи в больничных учреждениях [Текст] / В.М. Шипова, Ю.В. Фролова // Здравоохранение. – 2011. – № 5. – С. 34–41.

236. Щедренок, В.В. Организация медицинской помощи пострадавшим с сочетанной черепно-мозговой травмой в городах с разной численностью населения и пути ее совершенствования [Текст] / В.В. Щедренок, Е.К. Гуманенко, О.В. Могучая // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2008. – № 1. – С. 3–6.

237. Щепин, В.О. Госпитализированная заболеваемость и смертность взрослого населения Российской Федерации. Сообщение 1 [Текст] / В.О. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 2. – С. 3–9.

238. Щепин, В.О. Госпитализированная заболеваемость и смертность взрослого населения Российской Федерации. Сообщение 2 [Текст] / В.О. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 3. – С. 6–11.

239. Щепин, О.В. Структурно-функциональный анализ коечного фонда лечебно-профилактических организаций государственной системы здравоохранения Российской Федерации [Текст] / О.В. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 1. – С. 15–19.

240. Щербук, Ю.А. Особенности организации медицинской помощи пострадавшим с политравмой на догоспитальном этапе [Текст] / Ю.А. Щербук, А.А. Бойков, В.В. Досков, А.Ю. Щербук // Скорая медицинская помощь. – 2011. – № 2– С. 4–8.

241. Элькис, И.С. История создания и развития станции скорой и неотложной медицинской помощи в г. Москве [Текст] / И.С. Элькис, А.В. Вахрамеев, С.А. Зубов // Скорая медицинская помощь. – 2004. – № 4. – С. 55–57.

242. Элькис, И.С. Опыт преемственности работы станции скорой и неотложной помощи мегаполиса с поликлиниками и стационарами города [Текст] / И.С. Элькис, В.А. Борисов, С.П. Зубов // Скорая медицинская помощь. – 2004. – № 1. – С. 8–12.

243. Эртуханов, М.С. Оказание первой помощи при тяжелой травме на догоспитальном этапе [Текст] / М.С. Эртуханов, А.К. Ревской // Здравоохранение РФ. – 2010. – № 2. – С. 39–43.

244. Яруллин, М.А. Экспертная оценка и пути повышения качества оказания скорой мед помощи населению крупного города [Текст]: автореф дис. … канд. мед. наук: 14.00.33 / М.А. Яруллин. – Казань, 2000. – 20 с.

245. Ясько, Б.А. Психология медицинского труда: личность врача в процессе профессионализации [Текст]: автореф. дис. … д-ра псих. наук: 19.00.03 / Ясько Б.А. – Краснодар, 2004. – 42с.

246. Adams, J.E. Analysis of the incidence of pelvic trauma in fatal automobile accidents [Text] / J.E. Adams, G.G. Davis, R.W. Heidepriem [et al.] // Am J. Forensic Med Pathol. – 2002. – Vol. 23. – № 2. – P. 132–136.

247. Adams, J.E. Arthroscopic-assisted treatment of coronoid fractures [Text] / J.E. Adams, S.M. Merten, S.P. Steinmann // Arthroscopy. – 2007. – Vol. 23. – № 10. – P. 1060–1065.

248. Adams, J.E. Elbow arthroscopy: indications, techniques, outcomes, and complications [Text] / J.E. Adams, G.J.W. King, S.P. Steinmann, M.S. Cohen // J. Am. Acad. Orthop. Surg. – 2014. – Vol. 22. – №. 12. – P. 810–818.

249. Annas, G.L. The Rights of patients: the basic ASLU guide to patients Rights [Text] / G.L. Annas. – Carbonale: Edwardswille, 1989. – 312 p.

250. Armand, R., Treating coagulopathy in trauma patients [Text] / R. Armand, J.R. Hess // Trasfusion medicine rev. – 2003. – Vol. 17 – № 3. – P. 223–231.

251. Brazier, M. Medicine, patients and law [Text] / M. Brazier. – Harmondsworth: Penguine, 1987. – 375 p.

252. Cagliardi, A.R. Tialoring interventions examining the evidence and indentifying gaps [Text] / A.R. Cagliardi // J. Contin. Educ. Health Prof. – 2011. – Vol. 31. – № 4. – P. 276–282.

253. Celli, A. The acute bipolar radial head replacement for isolated unreconstructable fractures of the radial head [Text] / A. Celli, F. Modena, L. Celli // Musculoskelet Surg. – 2010.– Vol. 94. – № 1. – P. 3–9.

254. Chen, X. Comparison between radial head replacement and open reduction and internal fixation in clinical treatment of unstable, multi-fragmented radial head fractures [Text] / X. Chen, S.C. Wang, L.H. Cao [et al.] // Int. Orthop. – 2011. – Vol. 35. – № 7. – P. 1071–1076.

255. Choi, P.D. Risk factors for vascular repain and compartment syndrome in the pulseless supracondylar humerus fracture in children [Text] / P.D. Choi, R. Melikian, D.L. Skaggs // J. Pediatr. Orthop. – 2010. – Vol. 30. – № 1. – P. 50–56.

256. Coats, T.J. Prehospital care for road traffic casualties [Text] / T.J. Coats, G. Davies // BMJ. – 2002. – Vol. 324. – P. 1135–1138.

257. Cohen, L. The spectrum of prevention: developing a comprehensive approach to injury prevention [Text] / L. Cohen, S. Swift // Injury Prevention. – 1999. – № 5. – P. 203–207.

258. Collier, L. The patients right to know [Text] / L. Collier // World Health. – 1994. – № 5. – P. 18–19.

259. Dami, F. Coordination of emergency medical services for a major road traffic accident on a swiss suburban highway [Text] / F. Dami, V. Fuchs, E. Peclard [et al.] // Europ. J. Trauma&Emergency Surg. – 2009. – Vol. 35. – № 3. – P. 265–270.

260. Disability-adjusted life years (DALYs) for b291 diseases and injuries in 21 regiins, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 [Text] // Lancet. – 2012. – Vol. 380. – № 9859. – P. 2197–2223.

261. Dotzis, A. Comminuted fractures of the radial head treated by the Judet floating radial head prosthesis [Text] / A. Dotzis, G. Cochu, C. Mabit [et al.] // J. Bone Joint Surg. Br. – 2006. – Vol. 88. – № 6. – P. 760–764.

262. Dyk, D. Prognostic evaluation of results after intensive therapy based on APACHE III in surgical and non-surgical patients [Text] / D. Dyk // Folia Med. Cracov. – 2001. – Vol. 42. – P. 227–235.

263. Eastwood, B. Diaphyseal femur fracture: workup. Medscape Continually Updated Clinical Reference [Electronic resource] / B. Eastwood. – URL: http:/www.emedicine.medcape.com/article/1246429–diagnosis/.

264. Eberlein-Gondka, M. Quality management and jutcome – pathology sets an example [Text] / M. Eberlein-Gondka // Z. Arztl. Fortbild Qualitatssich. – 2004. – Vol. 98. – № 9–10. – P. 745–749.

265. Eckerman, S. Including quality attributes in efficiency measures consistent with net benefit creating incentives for evidence based medicine in practice [Text] / S. Eckerman, T. Coelli // Soc. Sci. Med. – 2012. – № 3. – P. 9274–536.

266. Eckert, H. Quality management in a combined clinic – the quality management system according to DIN EN ISO 9001 of the German Association of Spa Accommodation Resorts e.V (VdKB) [Text] / H. Eckert, U. Schulze // Rehabilitation. – 2004. – Vol. 43. – № 3. – P. 166–173.

267. Eid, H.O. Biomechanics of road traffic collision injuries: a clinician's perspective [Text] / H.O. Eid, F.M. Abu-Zidan // Singapore Med. J. – 2007. – Vol. 48. – № 7. – P. 693–700.

268. Emmott, D. Medical errors in surgery [Text] / D. Emmott // Bioethics Forum. – 2001. – Vol. 17. – № 2. – P. 26–31.

269. Eskerman, S. Including quality attributes in efficiency measures consistent with net benefit creating incentives for evidence based medicine in practice [Text] / S. Eskerman, T. Coelli // Soc. Sci. Med. – 2012. – № 3. – P. 9274–536.

270. Evans, P.J. Prevention and treatment of elbow stiffness [Text] / P.J. Evans., S. Nandi, S. Maschke [et al.] // J. Hand Surg. Am. – 2009. – Vol. 34. – № 4. – P. 769–778.

271. Falchi, M. CT of pelvic fractures [Text] / M. Falchi, G.A. Pollandi // Europ. J. radiology. – 2004. – Vol. 50. – № 1. – P. 96–105.

272. Foreman, K.J. Modeling causes of death: an integrated approach using CODEm [Text] / K.J. Foreman, R. Lozano, A.D. Lopez, C.J. Murray // Popul. Health Metr. – 2012. – Vol. 10. – № 1. – P. 1.

273. Frank, R. Five year follow-up with Procera all Ceramic Crowns [Text] / R. Frank, J. Brudvik, M. Redemagni, M. Corrado // Qvinttessence Int. – 2005. – Vol. 36. – P. 105–113.

274. Goic, A. Sources of error in clinical practice [Text] / A. Goic // Rev. Med. Chil. – 2001. – Vol. 129. – № 12. – P. 1459–1462.

275. Hessmann, M.H. The benefit of multisline CT in the emergency room management of polytraumatized patients [Text] / M.H. Hessmann, A. Hofmann, K.F. Kreiten [et al.] // Acta chirurgica Belgica. – 2006. – Vol. 106. – № 5. – P. 500–507.

276. Hildebrand, F. Damage control: extremities [Text] / F. Hildebrand, P. Giannoudis, C. Kretteck, H.C. Pape // Injury. – 2004. – Vol. 35. – № 7. – P. 678–689.

277. Hilbert, P. New aspects in the emergency room management of critically injured patients: a multi-slice CT-orieted care algorithm [Text] / P. Hilbert, K. Nieden, G.O. Hofmann [et al.] // Injury. – 2007. – Vol. 38. – № 5. – P. 552–558.

278. Hilbert, P. The Emergency Romm-Diagnostics, Therapy and Management Center: a New Care Concept [Text] / P. Hilbert, K. zur Nieden, I. Hoeller [et al.] // Notfall Rettungsmed. – 2008. – № 9. – P. 547–552.

279. Hudon, C. Multimorbidity in medical literature: Is it commonly researched? [Text] / C. Hudon [et al.] // Can. Fam. Physician. – 2005. – Vol. 51. – P. 244–245.

280. Jacobs, L.M. Terrorissm: a public health threat with a trauma system response [Text] / L.M. Jacobs, K.J. Burns, R.I. Gross // J. Trauma. – 2003.– Vol. 55. – № 6. – P. 1014–1021.

281. Jashipura, M.K. Trauma care systems in India [Text] / M.K. Jashipura, H.S. Shah, P.R.Patel [et al.] // Injary. – 2003. – Vol. 34. – № 9. – P. 686–692.

282. Jonsbu, J. Complaints of patients on medical treatment [Text] / J. Jonsbu, H. Melsom, R. Sonderland [et al.] // Tidsskr Norveg Laegeforen. – 1992. – № 10. – P. 112–120.

283. Jonson, L.J. How to avoid medication errors [Text] / L.J. Jonson // Med. Ecom. – 2001. – Vol. 78. – № 8. – P. 137.

284. Kang, L.Q. A minimally invasive anterior approach to reduction and screw fixation of coronoid fractures [Text] / L.Q. Kang, Z.Q. Ding, M. Sha [et al.] // J. Hand Surg. Eur. – 2009. – Vol. 35. – № 3. – P. 224–227.

285. Kanz, K.G. Use of Multy Detector Computed Tomography for Primary Trauma Survey [Text] / K.G. Kanz, M. Korner, U. Linsenmaier [et al.] // Unfallchirurg. – 2004. – № 107. – P. 937–944.

286. Kaufmann, C. Trauma Training: virtual reality applications [Text] / C. Kaufmann, A. Liu // Stud. Health Technol. Inform. – 2001. – Vol. 81 – P. 236–241.

287. Kearon, C. Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease. American College of Chest Physicians evidence – based clinical practice guidelines (8th edition) [Text] / C. Kearon, S.R. Kahn, G. Agnelli [et al.] // Chest. – 2008. – Vol. 133. – P. 545–554.

288. Kobbe, P. Impact of hypothermia on the severely injured patient [Text] / P. Kobbe, P. Lichte, M. Wellman [et al.] // Der Unfallchirurg. – 2009. – Vol. 112. – № 12. P. 1055–1061.

289. Kohn, M.A. Trauma team activation criteria as predictors of patient disposition from the emergency department [Text] / M.A. Kohn, J.M. Hammel, S.W. Bretz, A. Stangby // Acad. Emerg. Med. – 2004. – Vol. 11. – № 1. – P. 1–9.

290. Kotz, R. Die zukunft der Orhtopadie in Osterreich und Deutschland [Text] / R.Kotz // Abstractband Wiener Zukunftssympsium Neue Wege und Technologien in der Unfallchirurgie. – Wien, 2002. – P. 8–10.

291. Kondo, K. Burnout Syndrome [Text] / K.Kondo // Asian Medical J. – 1991.– Vol. 34. – № 11.- P.11-13.

292. Kossmann, T. Damage control surgery for spine trauma [Text] / T. Kossmann, L. Trease, I. Freedman, G. Malham // Injury. – 2004. – Vol. 35. – № 7. – P. 661–670.

293. Kuhn, F. Damage control surgery in ocular traumatology [Text] / F. Kuhn, Z. Slezakb // Injury. – 2004. – Vol. 35. – № 7. – P. 690–696.

294. Kurji, K. Initiating community self-help: a model for public health workers (Создание в общине службы медицинской санпомощи: Модель для работников службы общественного здоровья) [Text] / K. Kurji, T. Ostbye, T. Bhatti // Canad. J. Publ. Health. – 1988. – Vol. 79. – № 3. – P. 208–209.

295. Levitt, L. The Future of Private Insurance [Electronic resource] / L. Levitt // J.A.M.A. 2012. – AMA Forum. – URL: http://newsatjama.jama.com/2012/05/04/jama–from–the–future–of–private–insuranc.

296. Liberman, M. Implementation of a trauma care system: evolution through evaluation [Text] / M. Liberman, D.S. Mulder, A. Lavoie, J.S. Sampalis // J. Trauma. – 2004. – Vol. 56. – № 6. – P. 1330–1335.

297. Marshall, R.J. Standard experted years of life list as a measure of mortality: norms and reference to New Zealand data [Text] / R.J. Marshall // Aust. N. Z. J. Publ. Hiht. – 2004. – Vol. 28. – № 5. – P. 452–457.

298. Marson, A.S., The influence of prehospital trauma care on traffic accident mortality [Text] / A.S. Marson, J.C. Thomson // J. Trauma. – 2001. – Vol. 50. – P. 917–920; discussion. – P. 920–921.

299. Matsumoto, H. A new look at criteria for damage control surgery [Text] / H. Matsumoto, K. Mashiko, Y. Sakamoto [et al.] // J. Nippon Med. School. Nippon Ika Daigaku Zasshi. – 2010. – Vol. 77. – № 1. – P. 13–20.

300. May, W.F. The patient's ordeal [Text] / W.F. May. – Bloomington: Indiana University Press, 1994. – 218 p.

301. McCarthy, C. The Future of Private Health Insurance [Electronic resource] / C. McCarthy // A Review of the Implications of Economic and Demographic Trends and Government Policy Proposals. A Report Commissioned by Aviva Health Insurance. – 2013. – URL: http://www.acumenandtrust.com/site//.

302. Members of the US Burden of Disease Collaborators The State of US Health, 1990–2010 Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors [Electronic resource] //J.A.M.A. – URL: http://globalhealth.emory.edu/resources_burdenof_jama_2013. pdf.

303. Minino, A.M. Death in the United States [Text] / A.M. Minino, S.L. Murphy // NCHS Data Brief. 2010. – Hyattsville: National Center for Health Statistics, 2012.

304. Morgan, R. Quality evaluation of clinical records of a group of generaj practitioners a quality assurance programme [Text] / R. Morgan // Br. Dent. J. – 2001. – Vol. 191. – № 8. – P. 436–441.

305. Nakayama, H. Evaluation by bone scintigraphy of osteogenic activity of commercial bioceramics (porous beta-TCP and Hap particles) subcutaneously implanted in rats [Text] / H. Nakayama, T. Kawase, H. Kogami [et al.] // J. Biomater. Appl. – 2010. – Vol. 24. – № 8. – P. 751–768.

306. Nantulya, V.M. Equity dimensions of road traffic injuries in low-and middleincome countries [Text] / V.M. Nantulya, M.R. Reich // Injury Control and Safety Promotion. – 2003. – Vol. 10. – P. 13–20.

307. Nathens, A.B. Development of trauma systems and effect on outcomes after injaury [Text] / A.B. Nathens, F.P. Brunet, R.V. Maier // Lancet. – 2004. – Vol. 363. – № 9423. – P. 1794–1801.

308. Nijs, S.J. Trauma care systems in Bergium [Text] / S.J. Nijs, P.L. Broos // Injury. – 2003. – Vol. 34. – № 9.–P. 652–657.

309. Nordhoff, L.S. Motor vehicle collision injuries: biomechanics, diagnosis, and management [Text] / L.S. Nordhoff. – Jones & Bartlett Publishers, 2004. – 638 p.

310. Nork, S.E. Femoral shaft fractures [Text] / S.E. Nork // Rockwood and Greens fractures in Adults. – Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2010. – P. 1655–1719.

311. Oestern, H.J. Conclusions and consequences from registries: the Polytrauma Register of the German Society of Trauma Surgery [Text] / H.J. Orstern, G. Rieger, M. Wittke // Kongressbd Dtsch. Ges. Chir.Kongr. – Germany, 2001.– Bd. 118. – S. 712–715.

312. Ortega Tallon, M.A. Patients over-using a primary care centre: their social, demographic and clinical characteristics, and their use of health service facilities [Text] / M.A. Ortega Tallon, G Roca Figueres, M. Iglesias Rodriguez, J.M. Jurado Serrano // Aten Primaria. – 2004. – Vol. 33. – № 2. – P. 78–85.

313. Pace, A. Trauma care systems in Italy [Text] / A. Pace // Injury. – 2003. – Vol. 34. – № 9. – P. 693–698.

314. 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.

315. Pape, H.C. Timing of fracture fixation in multitrauma patients: the role of early total care and damage cjntrol surgery [Text] / H.C. Pape, P. Tornetta, I. Tarkin, V. Sabeson [et al.] // J. American Academy Orthopeadic Surg. – 2009. – Vol. 17. – № 9. – P. 541–549.

316. Pape, H.C. Timing of fixation of major fractures in blunt polytrauma: role of conventional indicators in clinical decision making [Text] / H.C. Pape, P.V. Giannoudis, C. Krettek, O. Trentz // J. Orthopeadic Traums. – 2005. – Vol. 19. – № 8. – P. 551–562.

317. Peden, M. World report on road traffic injury prevention [Text] / M. Peden, R. Skarfild, D. Slit [et al.]. – Geneva: Wold Health Day, 2004. – 280 p.

318. Pepeira, S.J. Dynamic helical computer tomography scan accurately detects hemorrhage in patients with pelvic fracture [Text] / S.J. Pepeira, D.P. O′Brein, F.A. Luchette [et al.] // Surgery. – 2000. – Vol. 128. – № 4. – P. 678–685

319. Peri, M. The pattern of preformed cytokines in tissues frequently affected by blunt trauma [Text] / M. Peri, F. Gebhard, M.W. Knoferi [et al.] // Shock. – 2003. – Vol. 19. – № 4. – P. 299–304.

320. Pfeifer, R. Patterns of mortality and causes of death in polytrauma patients – has anything change? [Text] / R. Pfeifer, I.S. Tarkin, B. Rocos, H.C. Pape // Injury. – 2009. – Vol. 40. – № 9. – P. 907–911.

321. Przkora, R. Damage control orthopedics: a case report [Text] / R. Przkora, U. Bosch, B. Zelle [et al.] // J. trauma.– 2002.–Vol.53.–№4.– P. 765–769.

322. Queipo de Llano, E. Trauma care systems in Spain [Text] / E. Qieipo de Llano, A. Mantero Ruiz, P. Sanchez Vicioso [et al.] // Injary. – 2003. – Vol. 34. – № 9. – P. 709–719.

323. Ramseier, L.E. Femoral fractures in adolescents: a comparison of four methods of fixation [Text] / J.A. Janicki, S. Weir, U.G. Narayanan // J. Bone Joint Surg. – 2010. – Vol. 92-A. – № 5. – P. 1122–1129.

324. Rockwood, C.J. Disorders of the AC joint [Text] / C.J. Rockwood, G. Williams, D. Young // The schoulder. – Philadelphia: W.B. Saunders, 1998. – Vol. 1.– P. 483–553.

325. Rosenfeld, J.V. Damage control neurosurgery [Text] / J.V. Rosenfeld // Injury. – 2004. – Vol. 35. – № 7. – P. 655–660.

326. Rotondo, M.F., Bard M.R. Damade control surgery for thoracic injuries [Text] / M.F. Rotondo, M.R. Bard // Injury. – 2004. – Vol. 35. – № 7. – P. 649–654.

327. Rozovsky, L. The Canadian Patients Book of rights: A Consumers Guide to Canadian Healht Law [Text] / L. Rozovsky. – Toronto, 1994. – 242 p.

328. Samama, Ch.M. Evidence – Based Clinical Practice [Text] / Ch.M. Samama, R. Michael, M.R. Lassen [et al.] // Guidelines American College of Chest Phys. – Chest, 2008. – Vol. 133. – P. 381–453.

329. Sampson, M.A. Computed tomography whole body imaging in multi-trauma: 7 years experience [Text] / M.A. Sampson, K.B. Colquhoun, N.L. Hennessy // Clinical radiology. – 2006. – Vol. 61. – № 4. – P. 365–369.

330. Shah, R.K. Improving primary orthopaedic and trauma care in Nepal [Text] / R.K. Shah, V.K. Thapa, D.H. Jones, S. Jones // Educ. Health (Abingdon). – 2003. – Vol. 16. – № 3. – P. 348–356.

331. Shenkin, H.A. Medical ethics: evolution, rights and physician [Text] / H.A. Shenkin. – Dordecht, Bostjn, London: Kluwer Academic Publishers, 1991. – 491 p.

332. Siddiqui, A. A. An audit of head trauma care and mortality [Text] / A.A. Siddiqui, H. Zafar // J. Coll Phys. Surg. Pak. – 2004. – Vol. 14. – № 3. – P. 173–177.

333. Siebert, H. Historiche Zeiten Ortopadie und Unfallchirurgie bilden ein neuers Fach. Unfallchirurg [Text] / H. Siebert. – Springer-Verlag, 2000. – P. 802.

334. Solomon, J.A. Common valuers in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the Glibal Burd of Disease Study 2010 [Text] / J.A. Solomon, T. Vos, D.R. Hogan [et al.] // Lancet. – 2012. – Vol. 380. – P. 2129–2143.

335. Stessen, NA. Reevaluation of diagnostic procedures for transmediastinal gushot wounds [Text] / N.A. Stessen, J.K. Lukan, D.A. Spain [et al.] // J. Trauma. – 2002. – Vol. 53. – № 4. – P. 635–638.

336. Stewart, R. M. Seven hundred fifty-three consecutive deaths in a level I trauma center: the argument for injury prevention [Text] / R.M. Stewart, J.G. Myers, D.L. Dent [et al.] // J. Trauma. – 2003. – Vol. 54. – № 1. – P. 66–70.

337. Stout, N. From strategy to reality: 25 years of planning and progress in occupational injury research [Text] / N. Stout, H. Linn // Inj. Prev. – 2001. – № 7. – Suppl. I. – P. 11–14.

338. Taylor, M.D. Trauma in the elderly: intensive care unit resource use and out come [Text]. / M.D. Taylor [et al.] // J. Trauma. – 2002. – Vol. 53. – P. 407–414.

339. The futire of private healthcare: Views and opinions from the AMH Conferens [Electronic resource]. – URL: http://www.privatehealth.co.uk/blog/2013/amiiconference–90014/.

340. The World Health Report 2000: Health systems: Improving performance [Text]. – Geneva: WHO, 2000. – 150 p.

341. Thomson, B.N. Trauma training in Australia and New Zealand: results of a survey of abvanced surgical trainees [Text] / B.N. Thomson, I.D. Civil, P.D. Danne, [et al.] // ANZ J. Surg. – 2001. – Vol. 71. – № 2. – P. 83–88.

342. Thusing, C. Quality management in hospitals. Relevance of KTQ [Text] / C. Thusing // Med. Klin. – 2005. – Vol. 100. – № 3. – P. 149–153.

343. Tomas, D. Agile Web Development with Rails. A pragmatic Guide [Text] / D. Thomas, D. Heinemeier Hansson, L. Breedt [et al.]. – USA, 2005. – 554 p.

344. Trunkey, D.D. Histiry and development of trauma care in the United States [Text] / D.D. Trunkey // Clin. Orthop. – 2000. – Vol. 374. – P. 36–46.

345. Trunkey, D.D. What price commitment? [Text] / D.D. Trunkey, C.D. Mabry // Bull. Am. Coll. Sutg. – 2003. – Vol. 88. – P. 8–27.

346. United Kingdom. Refusal of treatment (child): competence [Text] // Medical law rev. – 1999. – Vol. 7. – № 1. – P. 58–61.

347. Van Olden, G.D. Advanced trauma life support study: quality of diagnostic and therapeutic procedures [Text] / G.D. van Olden, J.D. Meeuwis, H.W. Bolhuis [et al.] // J. Trauma. – 2004. – Vol. 57. – № 2. – P. 381–384.

348. Van Olden, G.D. Clinical impact of advanced trauma life support [Text] / G.D. van Olden, J.D. Meeuwis, H.W. Bolhuis [et al.] // The American J. emergency medicine. – 2004. – Vol. 22. – № 7. – P. 522–525.

349. Vos, T. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 [Text] / T. Vos, A.D. Flaxman, M. Naghavi [et al.] // Lancet. – 2012. – Vol. 380. – P. 2163–2196.

350. Wang, H. Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 [Text] / H.

Wang, L. Dwayer-Lindgren, K.T. Lofgren [et al.] // Lancet. – 2012. – Vol. 380. – P. 2071–2094.

351. Weil, Z. Evidential damage as a result of improper medical records [Text] / Z. Weil // Medical Law. – 1998. – Vol. 17. – № 1. – P. 13–24.

352. Weiler, T. Qality management and certification. Optimizing hospital procedures [Text] / T. Weiler, R. Hoffmann, H. Strehlau-Schwoll // Unfallchirurg. – 2003. – Vol. 106. – № 8 – P. 692–697.

353. Wyen, H. Prehospital and Early Clinical Care of Infants, Children, and Teenagers Compared to an Abult Cohorh [Text] / H. Wyen, H. Jakob, S. Wutzler [et al.] // European J. Trauma&Emergency Surg. – 2010. – Vol. 36. – № 4. – P. 300–307.

354. Youngman, I. Private medical insurance – transformation or death? [Electronic resource] / I. Youngman. – URL: http://www.privatehealth.co.uk/blog/2013/ private–medical–insurans–90015.

355. Zamarripa, V.G. International trauma and disaster management [Text] / V.G. Zamarripa // Crit. Care Nars.Clin. North. Am. – 2003. – Vol. 15. – № 2. – P. 275–281.

356. Zitzmann, N. The ovate pontic design: a histologic obcervation in yumans [Text] / N. Zitzmann, C. Marinnelo, T. Berglundt // J. Pronsth. Dent. – 2002. – Vol. 88. – № 4. – P. 375–380.