

## ОЦЕНКА ГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПРИ ДОСУТОЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ

Зуфар Гайсанович Валеев<sup>1\*</sup>, Владимир Геннадьевич Беляков<sup>1</sup>, Лилия Якуповна Салыхова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Городская больница скорой медицинской помощи №1, г. Казань,

<sup>2</sup>Казанская государственная медицинская академия

### Реферат

**Цель.** Выявление недостатков в организации оказания своевременной и адекватной скорой медицинской помощи при приёме и последующей профильной госпитализации пациентов, нуждающихся в экстренной медицинской помощи.

**Методы.** В сплошном ретроспективном исследовании изучали летальность среди взрослого населения г. Казани, поступившего по экстренным показаниям в больницу скорой медицинской помощи. Базой исследования служила больница скорой медицинской помощи №1 г. Казани, рассмотрен период с 1 января 2009 г. по 31 декабря 2011 г. Проведён анализ медицинских карт стационарного больного, сопроводительных талонов скорой медицинской помощи, протоколов патологоанатомического заключения и судебно-медицинского исследования 543 больных, умерших в первые 24 ч после поступления в городскую больницу скорой медицинской помощи.

**Результаты.** За последние годы увеличилось количество пациентов (56,2% в 2011 г.), получающих амбулаторную помощь в приёмном отделении больницы скорой медицинской помощи, что отвлекает силы и средства от выполнения стационаром своих основных задач и приводит к возникновению дефектов оказания помощи. Доля дефектов оказания медицинской помощи, зависящих от организационной и лечебно-диагностической работы стационара (низкая квалификация персонала, отсутствие консультаций специалистов или консилиумов и наблюдения в динамике), составила в общей сложности 23,3%.

**Вывод.** Решение вопроса об оказании качественной медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне позволит стационарам скорой помощи сосредоточиться на приёме и лечении пациентов с угрожающими жизни состояниями.

**Ключевые слова:** организация здравоохранения, скорая медицинская помощь, досуточная летальность, аутопсия, дефекты оказания помощи.

**ANALYSIS OF IN-HOSPITAL STAGE OF EMERGENCY MEDICAL CARE AND 24-HOUR MORTALITY IN EMERGENCY PATIENTS** Z.G. Valeev<sup>1</sup>, V.G. Belyakov<sup>1</sup>, L.Y. Salyahova<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Municipal Emergency Hospital №1, Kazan, Russia, <sup>2</sup>Kazan State Medical Academy, Kazan, Russia. **Aim.** To reveal the management defects of timely and sufficient emergency care provision at emergency patient admission. **Methods.** The mortality among the adult Kazan city inhabitants who were urgently admitted to Municipal Emergency Hospital was examined in a retrospective cohort study. The retrospective analysis of in-patients medical charts, ambulance accompanying talons and autopsy protocols of 543 patients who has succumbed during the first 24 hours after being admitted to Municipal Emergency Hospital №1 Kazan, Russia since January 1st, 2009 to December 31, 2011, was performed, emergency medical care on the pre-hospital stage was analysed. **Results.** The number of patients who got the out-patient care in the admission department of the emergency hospital has increased during the last several years, distracting admission department staff from their primary job and causing errors in medical care. The number of errors due to the medical care mismanagement can be estimated as 23.3%. Low staff qualification, lack of subspecialty consultations or councils and lack of case monitoring are among the reasons. **Conclusion.** Providing high quality medical aid in out-patients clinics would allow Emergency hospitals to focus on admitting and treating patients with life-threatening emergencies. **Keywords:** first 24-hours mortality, medical care errors.

С начала 2006 г. в стране стартовал приоритетный национальный проект «Здоровье», в последующем была принята «Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации (РФ) до 2020 г.», реализация которых предполагает прекращение убыли населения РФ, увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 75 лет, снижение общего коэффициента смертности в 1,5 раза по отношению к 2007 г. Проблема смерти больных в первые сутки после госпитализации является на сегодня одной из острых проблем клинической медицины [1].

Цель настоящего исследования – выявление недостатков в организации оказания своевременной и адекватной скорой медицинской помощи при приёме и последующей профильной

госпитализации пациентов, нуждающихся в экстренной медицинской помощи.

Материалом служили медицинские карты стационарного больного, сопроводительные талоны скорой медицинской помощи, протоколы патологоанатомического заключения и судебно-медицинского исследования 543 больных, умерших в первые 24 ч после поступления в больницу скорой медицинской помощи №1 г. Казани в период с 1 января 2009 г. по 31 декабря 2011 г. Так, за 2009 г. в первые сутки после поступления умерли 184 пациента (41,5% общего числа умерших), в 2010 г. – 176 (39%) больных, в 2011 г. – 183 (40,4%) пациента.

Подавляющее большинство больных (82,9–85,8%) при поступлении получали медицинскую помощь с участием врачей-реаниматологов, а при острой коронарной патологии участие реаниматологов

Распределение пациентов, обратившихся в приёмное отделение больницы скорой медицинской помощи №1 в 2007–2011 гг., с учётом характера оказания помощи

Год	Количество госпитализированных пациентов		Количество амбулаторных пациентов		Общее число обратившихся
	Абс.	%	Абс.	%	
2007	12 919	45,4	15 519	54,6	28 438
2008	13 107	43,8	16 798	56,2	29 905
2009	13 082	45,9	15 384	54,1	28 466
2010	13 328	44	16 945	56	30 273
2011	14 263	43,8	18 273	56,2	32 536

ниматологов зафиксировано в 91,4% случаев.

В приёмном отделении стационара организована комплексная помощь при поступлении тяжёлого больного с участием врачей и медицинских сестёр различного профиля. При получении сигнала со станции скорой помощи об ожидаемом поступлении тяжёлого больного бригада из необходимых специалистов ожидает карету скорой помощи на пороге клиники. Однако за последние годы больше половины поступающих больных составили пациенты амбулаторного профиля, доставленные без показаний к госпитализации, либо непрофильные пациенты (табл. 1).

системы кровообращения (57,6%), на втором месте по частоте — травмы и отравления (31,5%), на третьем месте — болезни органов пищеварения (9,0%). На остальные заболевания приходилось 1,9% летальных исходов.

С целью выявления возможных организационных ошибок при оказании экстренной медицинской помощи проанализировано время смерти пациентов в течение суток. Отсутствие определённых закономерностей опровергает предположение об ослаблении внимания персонала в ночное время при работе с тяжёлыми больными и совпадает с данными других авторов [4, 5]. Максимальные цифры летальности

Распределение пациентов, умерших в первые сутки после поступления в больницу скорой медицинской помощи №1 в 2007–2011 гг., по структурным подразделениям

Структурное подразделение	2009 г.		2010 г.		2011 г.		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Травматология	13	7,3	14	8,1	8	4,4	35	6,3
Хирургия	29	15,9	30	17,2	39	21,6	98	18
Нейрохирургия	33	17,9	29	16,8	42	23,2	104	19,1
Кардиология	108	58,9	102	57,9	93	50,8	303	56,6
Всего	183	100	175	100	182	100	540	100

Отметим также увеличение как абсолютного, так и относительного количества амбулаторных больных. Наиболее вероятными причинами следует считать невозможность получить помощь в амбулаторно-поликлинической сети и низкий профессиональный уровень персонала скорой помощи [3].

По отделениям стационара досуточная летальность распределена крайне неравномерно. В стационаре 100 коек кардиологического профиля, или 27,8% всего коечного фонда, а летальность кардиологических больных в первые сутки после поступления в разные годы составила от 50,8 до 58,9%, что соответствует данным других авторов [2]. Наименьшая летальность отмечена в отделении травматологии (табл. 2).

По классам заболеваний наиболее частой причиной смерти в первые сутки после госпитализации в больницу скорой медицинской помощи за анализируемый период были болезни

приходятся на рабочее время, когда на помощь дежурному персоналу могут прийти как заведующий отделением, так и старшие опытные товарищи.

Важная составляющая при оценке качества медицинской помощи — посмертное патологоанатомическое исследование. К сожалению, несмотря на наличие собственного патологоанатомического отделения и стремление к проведению аутопсий в 100% случаев досуточной летальности, добиться этого по разным причинам очень сложно.

В 2009 г. проведено 158 (85,8%) вскрытий умерших в первые сутки после поступления, в 2010 г. — 161 (91,5%), в 2011 г. — 164 (89,6%).

Из анализа качества медицинской помощи исключены случаи без проведения аутопсий. Обращает на себя внимание рост частоты расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов на 6,9%, в том числе за счёт случаев,

Таблица 3

**Распределение дефектов оказания экстренной медицинской помощи пациентам, умершим в первые сутки после поступления в больницу скорой медицинской помощи №1 в 2007–2011 гг.**

Дефекты оказания экстренной помощи	Абс.	%
Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов, не повлиявшее на результат	70	54,3
Недооценка тяжести состояния больного	13	10,1
Несвоевременность лечения	12	9,3
Неполноценный сбор анамнеза	10	7,7
Гиподиагностика	8	6,2
Дефекты организации лечения	6	4,6
Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов, повлиявшее на результат	5	3,9
Неадекватность лечения	3	2,3
Осложнения лечебно-диагностических процедур	2	1,6
Итого	129	100

Таблица 4

**Распределение причин дефектов оказания экстренной медицинской помощи пациентам, умершим в первые сутки после поступления в больницу скорой медицинской помощи №1 в 2007–2011 гг.**

Причины дефектов оказания экстренной помощи	Абс.	%
Тяжесть состояния больного	48	37,2
Низкая квалификация персонала	24	18,6
Кратковременность пребывания в стационаре	19	14,7
Позднее обращение пациента	18	13,9
Скоротечность патологического процесса	8	6,2
Несоблюдение больным рекомендаций и лечебного режима или отказ от лечения	5	3,9
Отсутствие консультаций специалистов или консилиумов	4	3,1
Отсутствие наблюдения в динамике	2	1,6
Отсутствие необходимых условий лечения	1	0,8
Итого	129	100

когда ошибка диагностики повлияла на результат лечения.

При оценке качества оказания медицинской помощи в группе с совпадением клинического и патологоанатомического диагнозов получены следующие результаты: не обнаружено дефектов в 2009 г. — 126 (90%) случаев, в 2010 г. — 120 (89,5%) случаев, в 2011 г. — 108 (80,6%) случаев. За этот же период (2009–2011 гг.) в 129 (26,7%) случаях из 483, подвергшихся аутопсии, выявлены дефекты оказания помощи.

Превалирует в структуре дефектов расхождение патологоанатомического и клинического диагнозов, не повлиявшее на окончательный результат. Более подробно дефекты оказания помощи, исправление части которых зависит от медицинского персонала больницы скорой помощи, отражены в табл. 3.

Причины дефектов при оказании скорой медицинской помощи, зависящие от организационной и лечебно-диагностической работы стационара (низкая квалификация персонала, отсутствие консультаций специалистов или кон-

силиумов и наблюдения в динамике), составляют в общей сложности 23,3% (табл. 4).

## ВЫВОДЫ

1. При оказании скорой медицинской помощи на госпитальном этапе 23,3% дефектов обусловлено просчётами в организационной и лечебно-диагностической работе стационара.
2. Решение вопроса об оказании качественной медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне позволит стационарам скорой помощи сосредоточиться на приёме и лечении пациентов с угрожающими жизни состояниями.
3. Оптимизация состава дежурной бригады позволяет решать вопросы не только качества оказания медицинской помощи, но и рационального использования финансов и материально-технических средств.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Анцупов В.Н., Курцев А.В. Проблемы досуточной летальности в ургентном стационаре широкого профи-

ля // Курск. науч.-практ. вестн. — 2000. — №5. — С. 24–30.

2. *Верткин А.Л., Петрик Е.А., Арстархова О.Ю.* Полиорбидность — причина диагностических ошибок и расхождения клинического и морфологического диагнозов // Врач скор. пом. — 2012. — №4. — С. 63–66.

3. *Лукьянова А.Г., Белокриницкий В.И., Хусаинова Д.Ф.* Преемственность в оказании экстренной медицинской помощи на до- и госпитальном этапах // Врач

скор. пом. — 2012. — №4. — С. 4–8.

4. *O'Brien E.C., Rose K.M., Shahar E., Rosamond W.D.* Stroke mortality, clinical presentation and day of arrival: the Atherosclerosis Risk In Communities (ARIC) study // Stroke Res. Treat. — 2011. — Vol. 2011. — P. 1–8.

5. *Saposnik G., Baibergenova A., Bayer N., Hachinski V.* Weekends: a dangerous time for having a stroke // Stroke. — 2007. — Vol. 38. — P. 121–125.

УДК 336.58: 343.81: 614.2

Н02

## ИСТОЧНИКИ И ОБЪЁМЫ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ

*Алексей Михайлович Туленков\*, Сергей Борисович Пономарёв*

*Филиал НИИ Федеральной службы исполнения наказаний, г. Ижевск*

### Реферат

**Цель.** Оценка финансовой обеспеченности государственных гарантий предоставления медицинской помощи лицам, содержащимся в местах лишения свободы.

**Методы.** В исследовании оценивали общий уровень финансового обеспечения пенитенциарного сектора здравоохранения и вклад отдельных источников в общей структуре финансирования медицинской помощи лицам, содержащимся в учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний России.

**Результаты.** Общий объём финансирования пенитенциарного сектора здравоохранения с 2009 г. возрос в 2 раза и в 2011 г. составил 3 861 568,7 тыс. руб. Подушевое государственное финансирование лиц, содержащихся в учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний России, составило 3844,0 руб. на 1 человека в год, что в 2,34 раза выше показателей 2009 г. В то же время, несмотря на увеличение общего объёма финансирования, по-прежнему сохраняется значительный разрыв по сравнению с объёмами финансирования национального здравоохранения.

**Вывод.** Полученная информация даёт объективную картину состояния финансового обеспечения пенитенциарного сектора здравоохранения и необходима при совершенствовании системы медико-санитарного обеспечения в учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний России.

**Ключевые слова:** финансирование, медицинское обеспечение, осуждённые, программа государственных гарантий.

**SOURCES AND AMOUNTS OF FINANCIAL SUPPORT FOR MEDICAL CARE IN THE INSTITUTIONS OF THE FEDERAL PENITENTIARY SERVICE** *A.M. Tulenkov, S.B. Ponomarev. Department of Scientific Investigation Institute of Federal Penitentiary Service, Izhevsk, Russia.* **Aim.** To evaluate the state financial guarantees for providing medical care to prisoners of penitentiary institutions. **Methods.** The general assessment of actual state funding of penitentiary healthcare as well as the shares of separate sources in funding of penitentiary healthcare at facilities of Russian Federal Penitentiary Service. **Results.** The combined funding of penitentiary healthcare increased up to 3 861 568.7 thousands of rubles in 2011 (twofold compared to 2009). Per capita funding was equal to 3844.0 rubles per year per Russian Federal Penitentiary Service facilities prisoner — 2.34 times higher compared to 2009. Hence, despite the total funding increase, the handicap compared to national healthcare funding is still huge. **Conclusion.** The gained data provides a real-time picture of the penitentiary healthcare funding and is necessary for improvement of medical and sanitary services in the Russian Federal Penitentiary Service institutions. **Keywords:** finance, funding, health care, prisoners, state financial guaranteeing.

Обеспечение качественной и полноценной медицинской помощью лиц, содержащихся в местах лишения свободы, — важнейшая составная часть социально-экономической политики государства в рамках заботы о здоровье нации и неотъемлемое право осуждённых к лишению свободы на охрану здоровья и медицинскую помощь в условиях отбывания наказания.

Несмотря на проводимые в последние десятилетия реформы, в ведомственном пенитенциарном здравоохранении не произошло достаточных позитивных изменений по обеспечению должных медико-социальных гарантий лицам, содержащимся под стражей, что остро обозначило многочисленные проблемы медицины

пенитенциарной системы, требующие последовательного анализа и принятия управленческих решений.

Одна из ключевых проблем отечественной пенитенциарной медицины — значительный разрыв между государственными гарантиями бесплатного предоставления медицинской помощи населению и их финансовым обеспечением. Между тем затраты, необходимые для обеспечения гарантии бесплатного медицинского обслуживания населения, с каждым годом увеличиваются вследствие появления новых дорогостоящих лекарственных препаратов [2]. Кроме того, особенности социального статуса содержащегося в учреждениях Уголовно-исполнительной службы (УИС) обслуживаемого контингента, пред-