

ISSN 1684-9280

**Травматология**  
**ЖӘНЕ**  
**Ортопедия**

# ОРГАНИЗАЦИЯ ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

УДК 616.314 – 089.23

## ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ

Т.У. БАТЫРОВ, Ж.Б. УРАЗАЛИН, Б.С. ЖАКУПОВА,  
Ж.К. КОШКИМБАЕВ, Б.Ш. ДАКЕНОВ, Б.А. УМБЕТЬЯРОВ,  
Т.В. ЖАКАНОВ, Г.Х. ДАУЛЕТБАЕВА, З.С. КАСЕНАЕВА

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

Авторлармен медициналық көмектің бет-жақ хирургиялық қызметінде әртүрлі дәрежедегі сапасының индикаторлары өңделген. Қазақстан республикасындағы медициналық көмектің түрлері аудандық - білікті хирургиялық, облыстық (қалалық) – мамандандырылған, республикалық - жоғары мамандандырылған емдеу профилактикалық ұйымдарында.

Authors develop indicators of quality of medical aid on maxillofacial surgical service at various levels - medical aid kinds (regional – qualified surgical, regional (city) - specialised, republican – high- specialised) in the treatment-and-prophylactic organisations of republic Kazakhstan.

На основании выполнения приказов Министра здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК): «Об утверждении Правил по совершенствованию системы управления качеством оказания медицинской помощи в организациях здравоохранения Республики Казахстан» от 20 января № 32, зарегистрированный в Министерстве юстиции Республики Казахстан от 26 февраля 2009 года № 103; «О мерах по исполнению приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 января 2009 года № 32» от 27 февраля 2009 года № 110, нами были разработаны нижеследующие индикаторы КМП ЧЛХ (таблицы 1, 2, 3). Консультативное участие принимали специалисты из Каз НМУ им.С.Д. Асфендиярова, ОО «Медуниверситет Астана», Западно-Казахстанской медицинской академии, Акмолинской, Актюбинской, Западно-Казахстанской областной больницы.

Таблица №1 характеризует индикаторы КМП больным с экстренной патологией челюстно-лицевой области (ЧЛО) на уровне районной структуры здравоохранения, где может оказываться квалифицированная хирургическая помощь врачами хирургического профиля. Надо учитывать, что здесь стоматологи привлекаются из амбулаторной службы, т. к. в стационарах центральной районной, межрайонной больниц (ЦРБ, МРБ) стоматологические койки и стоматологи не предусмотрены. Учитывая тяжесть воспалительных заболеваний и травм ЧЛО, больные могут находиться 1-3 дня в хирургическом (травматологическом) отделении ЦРБ, и дальнейшее их лечение должны проводить специалисты: челюстно-лицевой хирург или стоматолог-хирург. Чаще всего после стабилизации общего состояния больных доставляют в специализированное отделение ЧЛХ областной (городской) больницы. Исходя из индивидуальных особенностей случаев экстренной патологии ЧЛО, при оценке длительности лечения на уровне ЦРБ (МРБ) допускаются отклонения  $\pm 30\%$  от средних сроков пребывания больного на этом этапе. Например, при сочетанной патологии ЧЛО, требующей интенсивной терапии и выведения из состояния тяжелой черепно-мозговой травмы (ушибы головного моз-

га и т. п.), больные могут лечиться на этом этапе более длительно, и, наоборот, при изолированной патологии ЧЛО после первой врачебной и квалифицированной хирургической помощи, больные могут быть транспортированы в специализированное ЧЛО областной (городской) больницы.

Другие индикаторы КМП патологии ЧЛХ на этом этапе должны быть равны нулю.

Таблица №2 характеризует индикаторы КМП больным с экстренной и другой патологией челюстно-лицевой области на уровне областной (городской) больниц, где может оказываться специализированная хирургическая помощь врачами стоматологами хирургического профиля - челюстно-лицевой хирург, стоматолог-хирург. Показатели индикатора КМП могут быть переменными, поскольку характер и тяжесть течения различных случаев заболеваний или травм одинаковы неоднозначны.

Поэтому мы предлагаем среднюю длительность заболевания или травмы устанавливать из данных классической патологической анатомии. Например, неосложненные переломы классически должны консолидироваться в течение 14 дней, т.е. в течение первых 7 дней происходит остеолитический процесс в области излома и последующих 7 дней - остеорепаляция, заканчивающиеся образованием молодой костной мозоли. К концу 2 и к началу 3 недели после перелома в области щели перелома можно прощупать плотное образование (первичная костная мозоль), уменьшается подвижность отломков [1,2,3,4,5]. Однако, при случаях осложненного течения консолидации этот срок может продлиться, а в случаях улучшения условий остеорепаляции (новые технологии лечения) этот срок может быть уменьшен. При определении сроков лечения других заболеваний ЧЛО можно подходить аналогично. Исходя из этого, мы в критериях оценки «соблюдение средней длительности лечения больного» допускаем  $\pm 30\%$  отклонений от средних показателей.

Хирургическая активность специализированного отделения ЧЛХ областной (городской) больницы, по опыту Акмолинской, Западно-Казахстанской, Актю-

бинской областных больниц колеблется в пределах: 80-85% для травматологической и воспалительной нозологии заболеваний и 60-65% для других нозологий. Мы думаем, что эти показатели могут быть критерием для оценки хирургической активности специализированной помощи ЧЛХ.

Частота послеоперационных осложнений травматологического больного может варьировать, так как на практике более половины случаев обращений больных с травмами ЧЛО превышают суточную давность с момента травмы [6,7,8,9,10]. У этих больных в стационаре наблюдаются различного рода осложнения: например, перелом челюстей, часто сопровождающийся травмой зубов и разрывом околочелюстных мягких тканей, что способствует развитию острого лимфаденита и остеомиелита, а иногда абсцесса и флегмоны в этой области.

По той же причине несвоевременного обращения больных с воспалительными заболеваниями ЧЛО могут быть развиты разлитые флегмоны с распространением в глубокие клетчаточные пространства, иногда осложненные медиастинитом, сепсисом, менингитом. Поэтому в индикаторах КМП допускается 0,5% осложнений.

По вышеуказанным причинам могут быть летальные исходы от 0,1% до 0,2% случаев, когда больные поступают в отделение ЧЛХ или в отделение реанимации и интенсивной терапии областной (городской) больницы с посттравматическими осложнениями сочетанной краниофациальной и других травм, воспалительными заболеваниями ЧЛО, осложненными медиастинитом, сепсисом, менингитом.

Случаи расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов встречаются в 0,1-0,2% случаях. Этого не избежать при экстренных поступлениях больных с сочетанной патологией ЧЛО и их осложнениями, когда диагностика затруднительна и хирургическая помощь оказывается по жизненным показаниям в первые часы поступления в стационар таких больных.

Обращения больных по вопросам некачественного оказания медицинской помощи и нарушения деонтологии должны рассматриваться всегда при обоснованности этих обращений. Коллектив медицинского персонала отделения ЧЛХ и больницы всегда должен стараться не допускать жалоб со стороны больных и их родственников.

Таблица №3 характеризует индикаторы КМП больным с экстренной и другой патологией челюстно-лицевой области на уровне высокоспециализированной медицинской помощи ЛПО республиканского уровня, где может оказываться специализированная хирургическая помощь высококвалифицированными врачами стоматологами хирургического профиля - челюстно-лицевой хирург, стоматолог-хирург первой и высшей категории.

Как было указано выше, показатели индикатора КМП могут быть переменными, поскольку характер и тяжесть течения различных случаев заболеваний или травм одинаковы неоднозначны. Поэтому мы предлагаем, как и в предыдущем этапе специализированной помощи, среднюю длительность заболевания или травмы устанавливать из данных классической патологической анатомии.

Для травматологических больных среднее пребывание 14 дней  $\pm$  30%, для больных с воспалитель-

ными и другими заболеваниями ЧЛО 15 дней  $\pm$  30%.

Естественно, госпитализация больного с нозологией, не входящей в перечень ВСМП, утвержденный МЗ РК, не допускается. Однако этот перечень, как нам кажется, должен постоянно пересматриваться и изменяться, поскольку материально-технические возможности и квалификация специалистов в ЛПО должны постоянно улучшаться.

Летальные исходы в республиканских ЛПО также не должны превышать 0,2% случаев, так как больные поступают в отделение ЧЛХ или в отделение реанимации и интенсивной терапии из областной (городской) больницы с посттравматическими осложнениями сочетанной краниофациальной и других травм, воспалительными заболеваниями ЧЛО, осложненными медиастинитом, сепсисом, менингитом.

Хирургическая активность высокоспециализированного отделения ЧЛХ республиканского ЛПО для травматологической нозологии не должна быть ниже 95%; для воспалительной - 95%; для других профилей - 95%. Такие показатели в течение 5-7 лет наблюдаются в РГКП «НИИ травматологии и ортопедии», где эти виды помощи оказываются как по ВСМП, так и по гарантийной бесплатной медицинской помощи населению г.Астаны. Эти показатели могут быть критерием оценки хирургической активности экстренной патологии высокоспециализированной клиники ЧЛХ.

Частота послеоперационных осложнений колеблется в пределах 0,6-0,8% случаев наблюдения в республиканских ЛПО. По данным литературы и собственных наблюдений эти показатели встречаются при сложных случаях оперативного вмешательства и при осложненных патологиях ЧЛО. Эти параметры могут быть применены для индикаторов КМП по оценке этой строки.

Случаи расхождения клинического, патологоанатомического диагнозов, судмедэкспертизы встречаются в пределах 0,1% наблюдений. Их не избежать при экстренных поступлениях больных с сочетанной патологией ЧЛО и их осложнениями.

Обращения больных по вопросам некачественного оказания медицинской помощи и нарушения деонтологии должны рассматриваться всегда при обоснованности этих обращений. На уровне ВСМП их не должно быть.

Таким образом, на основании изучения литературных данных и собственного опыта, мы рекомендуем вышеуказанные показатели использовать как индикаторы результата качества медицинской помощи по челюстно-лицевой хирургической службе на различных уровнях - видах медицинской помощи (районной - квалифицированной хирургической, областной (городской) - специализированной, республиканской - высокоспециализированной) ЛПО РК.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Заусаев В.И., Наумов П.В., Новоселов Р.Д. и др. *Хирургическая стоматология.*-Москва, 1981.-544с.
2. Бернадский Ю.И. *Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области.* - Киев: Вища школа, 1985.-391 с.
3. Бернадский Ю.И. *Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой*

области.-Москва: Медицинская литература, 2003.- 456с.

4. Ипполитов В.П. Уразалин Ж.Б., Лурье Т.М., Комплексное лечение перелома челюсти.- Москва, 1985.- 31с.

5. Мадай Д.Ю. Особенности оказания помощи в экстремальных условиях: Учебное пособие для студентов 5 курса стоматологического и лечебного факультетов.-Великий Новгород, 2008.- 34 с.

6. Уразалин Ж.Б. с соавт. Основные принципы оказания медицинской помощи пострадавшим с переломом костей лицевого скелета на догоспитальном этапе.-Алма-Ата, 1983.- 36с.

7. Батыров Т.У., Витенбек И.А. Методические рекомендации для руководителей врачей интернов по разделам (03,11,12) типовой программы интер-

натуры стоматологов-терапевтов.- Целиноград, 1987.-36с.

8. Батыров Т.У., Дакенов Б.Ш., Абильдин Д.Е. и др. Состояние неотложной хирургической стоматологической помощи в г. Астане: Материалы 3 съезда стоматологов Казахстана.-Алматы, 2003.- С.48-51.

9. Уразалин Ж.Б., Мирзабеков О.М., Сабденалиев А.М. Челюстно-лицевая хирургия в Казахстане сегодня: Материалы 3 съезда стоматологов Казахстана.- Алматы, 2003.- С.1-13.

10. Батыров Т.У., Батпенев Н.Д., Уразалин Ж.Б. Периодические протоколы диагностики и лечения травм костей лица: Методические рекомендации.- Астана, 2006.-102 с.

Таблица 1 - Индикаторы результата качества медицинской помощи по челюстно-лицевой хирургической службе (квалифицированная хирургическая помощь на стационарном уровне ЦРБ, МРБ)

№ п/п	Индикаторы результата	Единица измерения	Периодичность информации	Источник информации	Дополнительный источник информации	Пороговое значение
1.	Соблюдение средней длительности лечения больного: травматологического профиля воспалительного профиля других профилей	Количество дней лечения в среднем одного больного	ежеквартально	Медицинская карта стационарного больного - Ф.№003/у	Статистическая карта выбывшего из стационара (ф.066/у)	травматологического профиля -5 воспалительного профиля -3 других профилей 1 дней (допускается превышение или уменьшение сроков лечения не более 30%)
2.	Летальность в стационаре травматологического профиля воспалительного профиля других профилей	Число умерших в % к числу выбывших больных	ежеквартально	Медицинская карта стационарного больного – Ф.№003у,	Статистическая карта выбывшего из стационара (ф.066/у), «Отчет стационара» (Ф.14 –здрав)	травматологического профиля - 0% воспалительного профиля - 0% других профилей -0%
3.	Необоснованный отказ в госпитализации	Количество случаев	Ежеквартально	«Журнал приема и отказов в госпитализации» - ф.001/У		Не допускается
4.	Обращения больных по вопросам некачественного оказания медицинской помощи и нарушения деонтологии	Количество обращений	Ежеквартально	Журнал регистрации обращений граждан в медицинскую организацию	Поступившие в местные и вышестоящие органы управления	Не допускается

Таблица 2 - Индикаторы результата качества медицинской помощи по челюстно-лицевой хирургической службе (специализированная помощь на уровне стационара городских и областных больниц)

№ п/п	Индикаторы результата	Единица измерения	Периодичность информации	Источник информации	Дополнительный источник информации	Пороговое значение
1.	Соблюдение средней длительности лечения больного: травматологического профиля воспалительного профиля других профилей	Количество дней лечения в среднем одного больного	ежеквартально	Медицинская карта стационарного больного - Ф.№003/у	Статистическая карта выбывшего из стационара (ф.066/у)	травматологического профиля - 14,0 дней воспалительного профиля -15 дней других профилей- 15 дней (превышение или уменьшение сроков лечения не более 30%)
2.	Летальность в стационаре травматологического профиля воспалительного профиля других профилей	Число умерших в % к числу выбывших больных	ежеквартально	Медицинская карта стационарного больного – Ф.№003у	Статистическая карта выбывшего из стационара (ф.066/у), «Отчет стационара» (ф.14 –здрав)	травматологического профиля - 1,1% воспалительного профиля -1,2% других профилей - 0,5%
3.	Хирургическая активность травматологического профиля гнойно-воспалительного профиля других профилей	Количество оперированных больных к числу выбывших больных	Ежеквартально	Медицинская карта стационарного больного – Ф.№003/у	Статистическая карта выбывшего из стационара (ф.066/у), «Отчет стационара» ( ф.14 –здрав)	травматологического профиля 80 - 85% гнойно-воспалительного профиля - 80 - 85% других профилей - 60 - 65%
4.	Послеоперационная летальность травматологического профиля воспалительного профиля других профилей	Число умерших, оперированных к общему числу оперированных	ежеквартально	Медицинская карта стационарного больного – Ф.№003/у	Статистическая карта выбывшего из стационара (ф.066/у), «Отчет стационара» (ф.14 –здрав)	травматологического профиля - 0,1% воспалительного профиля - 0,2% других профилей - 0,2%
5.	Частота послеоперационных осложнений травматологического профиля воспалительного профиля других профилей	Число осложнений, возникших после операций к общему числу проведенных операций	ежеквартально	Медицинская карта стационарного больного – Ф.№003/у	Статистическая карта выбывшего из стационара (ф.066/у), «Отчет стационара» (ф.14 –здрав)	травматологического -0,5% воспалительного - 0,5% других профилей - 0,1%
6.	Случаи расхождения клинического, патологанатомического диагнозов, судмедэкспертизы травматологического профиля воспалительного профиля других профилей	Количество случаев расхождения к числу общего количества вскрытий	Ежеквартально	Медицинская карта стационарного больного – Ф.№003/у, Протокол патологанатомического вскрытия, судмедэкспертизы		травматологического профиля - 0,2% воспалительного профиля -0,2% Других профилей - 0,1%
7.	Обращения больных по вопросам некачественного оказания медицинской помощи и нарушения деонтологии	Количество обращений	Ежеквартально	Журнал регистрации обращений граждан в медицинскую организацию	Поступившие в местные и вышестоящие органы управления	Не допускается Учитывается только обоснованные жалобы.

Таблица 3 -Индикаторы результата качества медицинской помощи по челюстно-лицевой хирургической службе (ВСМП на стационарном уровне республиканских ЛПО и клиник медВУЗов)

№п/п	Индикаторы результата	Единица измерения	Периодичность информации	Источник информации	Дополнительный источник информации	Пороговое значение
1.	Соблюдение средней длительности лечения больного о профиля воспалительного профиля других профилей	Количество дней лечения в среднем одного больного	ежеквартально	Медицинская карта стационарного больного - Ф.№003/у	Статистическая карта выбывшего из стационара (ф.066/у)	травматологического профиля - 14 дней воспалительного профиля -15 дней других профилей - 15 дней (допускается превышение или уменьшение сроков лечения не более 30%)
2.	Госпитализация больного с нозологией, не входящей в перечень ВСМП, утвержденный МЗ РК	Случай госпитализации	ежеквартально	Медицинская карта стационарного больного - Ф.№ 003/у		Не допускается
3.	Летальность в стационаре травматологического профиля воспалительного профиля других профилей	Число умерших в % к числу выбывших больных	ежеквартально	Медицинская карта стационарного больного – Ф.№003/у	Статистическая карта выбывшего из стационара (ф.066/у), «Отчет стационара» (Ф.14 –здрав)	травматологического профиля - 0,2% воспалительного профиля - 0,2 % других профилей - 0,1%
4.	Хирургическая активность отделений: травматологического профиля воспалительного профиля других профилей	Количество оперированных больных к числу выбывших больных	Ежеквартально	Медицинская карта стационарного больного – Ф.№003/у	Статистическая карта выбывшего из стационара (ф.066/у), «Отчет стационара» (Ф.14 –здрав)	травматологического профилей - 95% воспалительного профилей -95% других профилей - 95%
5.	Послеоперационная летальность.	Число умерших, оперированных к общему числу оперированных	ежеквартально	Медицинская карта стационарного больного – Ф.№003/у	Статистическая карта выбывшего из стационара (ф.066/у), «Отчет стационара» (Ф.14 –здрав)	травматологического профиля - 0,2% воспалительного профиля -0,2% профилей -0, 2%
6.	Частота послеоперационных осложнений: травматологического профиля воспалительного профиля других профилей	Число осложнений, возникших после операций к общему числу проведенных операций	ежеквартально	Медицинская карта стационарного больного – Ф.№003/у	Статистическая карта выбывшего из стационара (ф.066/у), «Отчет стационара» (Ф.14 –здрав)	травматологического профиля – 0,6% воспалительного профиля -0,8% других профилей - 0,6%
7.	Случаи расхождения клинического, патологанатомического диагнозов, судмедэкспертизы	Количество случаев расхождения к числу общего количества вскрытий	Ежеквартально	Медицинская карта стационарного больного – Ф.№003/у, Протокол патологанатомического вскрытия, судмедэкспертизы		0,1%
8.	Обращения больных по вопросам качества оказания медицинской помощи и нарушения деонтологии	Количество обращений	Ежеквартально	Журнал регистрации обращений граждан в медицинскую организацию	Поступившие в местные и вышестоящие органы управления	Не допускается