

Стандартизированная карта оценки лечебно-диагностических мероприятий травматологических амбулаторий

М.Ж. Азизов, К. Машарипов

A standardized chart to assess the medical-and-diagnostic measures of traumatological out-patient departments

M.Zh. Azizov, K. Masharipov

Научно-исследовательский институт Травматологии и ортопедии МЗ РУз (директор – профессор д.м.н. М.Ж. Азизов) г. Ташкент,
Хорезмский филиал РНЦЭМП МЗ РУз (директор – к.м.н. Д.Э. Болтаев) г. Ургенч, Узбекистан

Приводятся данные анализа лечебно-диагностической помощи на основе разработанной стандартизированной карты для детального исследования структуры травматологических амбулаторных подразделений, различающихся по форме оказания помощи населению, на примере Хорезмской области. Проведенный анализ показал, что введение единой стандартизированной документации с программным обеспечением позволило в целом оценить деятельность травматологической амбулатории и конкретизировать действия врача.

Ключевые слова: травматологические амбулатории, структура организации, диагностика, лечение.

The data of analyzing medical-and-diagnostic aid on the basis of the standardized chart developed for detailed studying the structure of traumatological out-patient departments, differed in the form of rendering aid to population on the Horezm region example. The analysis made has demonstrated that introduction of the united standardized documentation with software has allowed as a whole to assess the activity of traumatological out-patient department and define physician's actions concretely.

Keywords: traumatological out-patient departments, organization structure, diagnostics, treatment.

ВВЕДЕНИЕ

Обеспечение качества медицинской помощи во многом зависит от рациональной организации и планирования, эффективности использования финансовых, материально-технических, кадровых, информационных и других ресурсов [5].

Более сложной является система экспертной оценки конечных результатов деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений в силу многообразия и полиморфности их видов деятельности. Кроме того, пока нет надежного метода выделения в этом комплексе доли непосредственного влияния деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений на здоровье населения [2].

Карта экспертной оценки должна включать паспортные данные больного, общественно-профессиональную группу, диагноз, своевременность его установления и правильность, причины ошибочного диагноза (врачебная ошибка, неполное обследование, несвоевременная консультация или ее отсутствие), качество обследования, эффективность диспансерного наблюдения, качество и эффективность лечения

и реабилитации, обоснованность выдачи листа нетрудоспособности и др. [1, 3].

Разработка и реализация концепции травматолого-ортопедической службы позволит повысить уровень медицинской помощи. После чего станет возможным смещение акцента оказания диагностической и консультативной помощи на амбулаторно-поликлиническое звено; снижение транспортной составляющей в затратах на лечение; повышение качества диагностики за счет широкого применения компьютерных дистанционных систем; внедрение единых методов повышения квалификации медицинских кадров [4].

До настоящего момента отсутствуют научно обоснованные данные по сравнительной оценке различных форм организации амбулаторной травматологической помощи в республике.

С развитием информационных технологий возникла потребность внедрения их в практическую медицину, но отсутствие программ, ориентированных на амбулаторную травматологическую службу, ограничивает их применение.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В настоящее время критерием оценки деятельности лечебно-профилактических учреждений по оказанию специализированной помощи являются: показатели травматизма, временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности от травм.

Для детального исследования данных структурно-организационных подразделений травматологических амбулаторных учреждений разработана специальная карта, включающая пять разделов с перечнем вопросов для характеристики обратившегося и объема оказанной ему помощи. В первом разделе включены вопросы, связанные с социальной характеристикой обратившегося за помощью и характером полученной травмы. Во втором разделе определяется объем первой специализированной помощи, в третьем рассматривается объем лечебно-диагностических мероприятий при последующих обращениях, в четвертом отражены вопросы временной нетрудоспособности и результаты лечения, в пятом – экспертиза проведенных лечебно-диагностических мероприятий с оценкой отдаленных результатов лечения (приложение № 1).

На основе составленной карты разработана программа для персональных ЭВМ, данные которых были статистически обработаны по критериям Стьюдента.

При проведении исследования нами взяты 1 травматологический пункт и 4 травматологических поста Хорезмской области (Хорезмская об-

ласть расположена на северо-западе республики Узбекистан, площадь ее составляет 6100 км² с численностью населения 1501600 человек), которые были распределены по объему, форме и характеру оказываемой населению амбулаторной травматологической помощи на четыре группы. В среднем каждый из травматологических постов обслуживал район с населением до 32000 человек, а травматологический пункт до 46000.

I группа – состоит из круглосуточного травматологического пункта, расположенного на базе приемного отделения Хорезмского филиала РЦЭМП МЗ РУз в г. Ургенч. Травматологический пункт находится в густонаселенном районе города с централизованным и организованным потоком больных.

II группа – травматологический пост на базе Центральной поликлиники г. Ургенча. Пост находится в массиве жилых построек и учебных учреждений.

III группа – круглосуточный травматологический пост на базе хирургического отделения Центральной районной больницы Багата и Питняк. Оба поста находятся в центре района с наличием жилых застроек, административных и культурных учреждений.

IV группа – круглосуточный травматологический пост на базе травматологического отделения Центральной районной больницы Хазораспа.

Травматологический пост находится в сравнительно заселенной местности в центре района.

Приложение № 1

Карта обследования амбулаторного больного с повреждением опорно-двигательной системы

I. Лечебное учреждение: _____

Тип травматологического поста (ТП): _____

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____ **пол** _____

Адрес _____

Профессия/род занятий _____

Дата получения травмы _____

Вид обращения больного:

Первичное обращение по поводу повреждения, вторичное обращение больного после проведенного лечения в стационаре, пр. обращения _____

Дата обращения: _____ **время суток** _____

день недели _____ **будни / праздники / дни после праздников** _____

Способ доставки: самостоком, скорой помощью, на каталке, после выписки из стационара, др. способы _____

Вид травматизма: бытовой, производственный, уличный, ДТП, спортивный, пр. _____

Наличие алкогольного опьянения:

не имеется, имеется (умеренное, сильное) _____

Характер повреждений /с локализацией: _____

Рана: простая / осложненная / инфицированная / _____

Ожог / обморожение / ушиб / (кость, стопа, запястье) _____

Вывих _____ **сустава** _____

Инородное тело _____

Сочетанная / множественная травма / комбинированная _____

Черепно-мозговая травма: закрытая / открытая _____

Сотрясение головного мозга / ушиб

закрытый(ое) / открытый(ое) / вколоченный / абдукционный / аддукционный / компрессионный перелом / разрыв / растяжение / повреждение
со смещением / без смещения к/о

II. Первая специализированная помощь пострадавшему:

Место оказания помощи: больница / поликлиника / скорая помощь / травм. пост др. района / другие ЛПУ

Кем оказана первая помощь до обращения: больница / хирург амбулатории / врач скорой помощи / др. ТП / врач др. специальности / не мед. работник

Вид помощи: повязка / иммобилизация шинами / ПХО / швы на кожу / шов нерва, сухожилия / рентгенография / репозиция / вправление / гипсовая повязка / металлоостеосинтез / эндопротезирование / скелетное вытяжение / наложение компрессионно-дистракционного аппарата / формирование культи / пункция сустава / осмотр, консультация, направление на лечение в ТП по м/ж, прочие

Виды исследований: рентгенологическое исследование: первичное / повторное / контрольное /

Дополнительные методы исследования: флюорография / клинический анализ крови / клинический анализ мочи / УЗИ / ЭКГ, прочие

III. Вид оказанной помощи в ТП:

ПХО раны: туалет раны / иссечение краев раны / удаление отломков / шов кожи, мышцы, сухожилия, сосудов, нервов / пластические швы, прочие

Парентеральное введение медикаментозных средств: ПСС / СА / анальгетики / наркотические анальгетики / антибиотики / сердечно-сосудистые средства, прочие

Вид анестезии / блокада: новокаиновая / хлорэтиловая / проводниковая / внутрикостная / дикаин на слизистые, прочие

Способ остановки кровотечения: давящая повязка / прошивание сосуда в ране, прочие

Репозиция костных отломков: сопоставление удалось / сопоставление частичное / сопоставление не удалось

Вправление вывиха: удалось / не удалось

Другие виды помощи: пункции / блокады / эвакуация подногтевой гематомы / удаление металлоконструкции / снятие швов / удаление ногтевых пластин / удаление подкожных гематом / устранение блокад сустава, прочие

Наложение повязок: гипсовая / шинная / мягкая, прочие

Консультации смежных специалистов: хирург / гнойный хирург / невропатолог / рабиолог / терапевт / инфекционист / окулист / отоларинголог / челюстно-лицевой хирург / онколог / ортопед, прочие

Госпитализация больных в отделения: травматологическое / нейрохирургическое / ЛОР / ЧЛХ / гнойная хирургия / узкоспециализированные / отказ, прочие

IV. Повторное обращение: перевязки / медикаментозная помощь / физио-функциональные методы лечения / вскрытие подкожных гематом, прочие

Физиотерапевтическое лечение: без указания / УВЧ / парафин, озокерит / ультразвук / электрофорез / лазеротерапия / ДДТ / несколько, прочие

Лечебная физкультура:

Массаж:

Направление больных на долечивание к специалистам в др. ЛПУ: ТП по месту жительства / МП по месту работы / невропатолог / окулист / хирург / ЛОР / реабилитационный центр, прочие

Осложнения: простые раны / осложненные раны / ожоги и обморожения / ушибы мягких тканей / переломы трубчатых костей / переломы малых костей / вывихи суставов / инфицированные раны, прочие

Прерывание лечения в ТП: после первой явки / после повторной

Продолжительность лечения по дням:

V. Сроки листа временной нетрудоспособности:

Состояние трудоспособности на момент окончания лечения в ТП: выписан на работу / уст. I группа инвалидности / уст. II группа инвалидности / уст. III группа инвалидности / продление больничного листа, прочие

Дефекты диагностики: нет рентген обследования / гиподиагностика / гипердиагностика / несвоевременное лечение, прочие

Дефекты лечения пострадавших: нет обработки раны / рана не ушита / нет репозиции / нет шва сухожилия сгибателей / перевязан без явки / не наложен гипс / нет лечения и явки / нет записи о лечении / нет рентген контроля / нет транспортной иммобилизации, прочие

Нарушения проведения экспертизы трудоспособности в ТП: не проведено ни одной контрольно-экспертной комиссии / лечение превышает установленные сроки / лечение менее установленных сроков

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Разработанная стандартизированная карта обследования амбулаторного больного с повреждением опорно-двигательной системы с программным обеспечением позволила за короткий срок в целом проследить за деятельностью травматологических амбулаторий в области без дополнительных средств медицинской документации.

Так, получение информации, осуществляется следующим образом: информация вводится в компьютер непосредственно в травматологической амбулатории по разработанной программе, а затем анализируется с помощью центральной ЭВМ или возможен вариант, когда информация из журналов регистрации травмпунктов вводится сразу в центральную стационарную ЭВМ.

Полученные результаты проведенного исследования показывают, что в I группе оказывается весь объем амбулаторной травматологической помощи, так как она является конечным профильным звеном в области, на оснащении которого имеется необходимая материально-техническая база с высококвалифицированным

кадровым ресурсом, обеспечивающим соответствующую помощь на должном уровне. II группа охватывает ограниченный объем помощи при наличии материально-технической базы с низким уровнем квалификации специалистов, а иногда происходит замещение их специалистами иного профиля, а также в данной группе отсутствует звено связи амбулатория – стационар, что качественно отражается на предоставляемой помощи из-за отсутствия ротации специалистов по профильным подразделениям оказываемой помощи. В III и IV группах имеется тенденция улучшения квалифицированной помощи с меньшей потребностью перевода больных в другие ЛПУ из-за наличия специалистов и материально-технической базы для осуществления помощи на достаточном уровне.

Таким образом, в целом амбулаторную травматологическую помощь в Хорезмской области можно считать эффективной, поэтапная система оказания которой позволяет полностью оказать необходимый объем специализированной помощи пострадавшим.

ВЫВОДЫ

1. Введение единой стандартизированной документации с программным обеспечением позволило в целом оценить деятельность травматологической амбулатории и конкретизировать действия врача.

2. Система оказания амбулаторной травматологической помощи эффективна при наличии

материально-технической оснащенности и высококвалифицированных специалистов.

3. Амбулаторная травматологическая помощь должна придерживаться принципа связи амбулатория – стационар с применением информационных технологий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Об опыте совершенствовании системы медико-профилактической помощи шахтерам и членам их семей / П. Ф. Кику [и др.] // Здравоохранение РФ. 1993. № 7. С. 26.
2. Кучеренко В. З., Мыльникова И. С. К оценке качества медицинской помощи в новых условиях хозяйствования // Здравоохранение РФ. 1991. № 3. С. 4–8.
3. Кузнецова Л. Л., Жмыхова Н. П., Казнин В. М. Системный подход к управлению амбулаторно-поликлиническим учреждением // Здравоохранение РФ. 1991. № 5. С. 8–11.
4. Малахов О. А. О состоянии ортопедо-травматологической помощи детскому населению Российской Федерации и перспективах ее развития // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. 2001. № 3. С. 3–7.
5. Менликулов П. Р., Турымбетова М. Т., Жумаратова Ш. Ж. Совершенствование управления здравоохранения в сельском районе // Бюл. ассоциации врачей Узбекистана. 2007. № 1. С. 10–12.

Рукопись поступила 06.03.09.

Сведения об авторах:

1. Азизов Мирхаким Жавхарович – профессор, доктор медицинских наук, директор Научно-исследовательского института Травматологии и ортопедии МЗ республики Узбекистан; e-mail: inst_traum@uzsci.net;
2. Машарипов Кадамбой – заведующий отделением травматологии Хорезмского филиала Республиканского центра экстренной медицинской помощи (РЦЭМП), главный травматолог Хорезмской области; e-mail: exmed@mail.ru.