

Значение стандартов диагностики и лечения для оптимизации качества медицинской помощи пациентам с дорсопатиями

Перегонцева Н.В., Дехнич С.Н., Хамцова Е.И.

Importance of standards of diagnosis and treatment for optimization of medical care quality to patients with dorsopathies

Peregontseva N.V., Dekhnich S.N., Khamtsova Ye.I.

Смоленская государственная медицинская академия, г. Смоленск

© Перегонцева Н.В., Дехнич С.Н., Хамцова Е.И.

Представлены результаты исследования, освещающего проблему применения медицинских стандартов в диагностике и лечении пациентов, страдающих дорсопатиями. Установлены закономерности между различными по эффективности подходами к ведению пациентов, длительностью госпитализации и продолжительностью временной утраты нетрудоспособности.

Ключевые слова: дорсопатии, медицинские стандарты, эффективность.

The results of the research covering a problem of application of medical standards in diagnostics and treatment of patients suffering dorsopathies are presented. Its results have shown laws between various approaches by efficiency to conducting patients, duration of hospitalization and duration of time loss of invalidity.

Key words: dorsopathies, medical standards, efficiency.

УДК 616.72-002-07-08:614.23

Обычно под стандартом понимают образец, нормативный документ, запрещающий отклонение от него. Стандарт — это требование, которое должно неукоснительно выполняться.

Проблему внедрения стандартов в процесс оказания медицинских услуг можно рассматривать не только в организационно-управленческом, но также и в собственно экономическом аспекте. В первую очередь речь идет об экономической эффективности применения стандартов в медицине. Управление качеством медицинской помощи на основе внедрения медико-экономических стандартов позволяет сократить сроки пребывания пациентов в стационарном лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ) в среднем на 40%, уменьшить количество осложнений и тем самым расширить возможности оказания медицинской помощи большему количеству нуждающихся пациентов.

Медицинские стандарты подразделяются по профессиональному принципу на диагностические, лечебно-технологические, качества лечения, медико-экономические (определяют механизм ценообразования в системе медицинского страхования для лиц, учреждений и их подразделений и основываются на диагностических и лечебно-технологических стандартах), медико-технологические, научно-медицинские стандарты и профессиональные стандарты, которые определяют профессиональные качества медицинского и аптекарского персонала.

Стандарты необходимы как критерии оценки качества медицинской помощи. Оценка качества медицинской помощи основана на сопоставлении фактически достигнутых результатов с установленными стандартами, или эталонами качества. Устанавливая ожидаемый уровень качества в стандарте, мы тем самым определяем измерения, которые необходимо

произвести, чтобы определить стандарт. Если мерой качества медицинской помощи является результат, то объектом стандартизации должен быть исход (результат) полученной услуги или всей помощи на данном этапе.

Однако в этих «стандартах» в виде критерия качества обычно предстает описание минимального объема медицинской помощи, который необходимо выполнить (или который должен быть оплачен страховыми государственными либо иными организациями). Специалисты, занимающиеся вопросами медицинского страхования, настаивают на том, что контроль качества оказания медицинской помощи должен осуществляться только страховыми компаниями. В то же время представители федерального и региональных министерств здравоохранения создают свои программы «стандартизации». Последняя видится как механизм для определения так называемой реальной стоимости медицинских услуг, которая все еще не поддается учету. Предполагается, что это будет набор услуг «минимального социального стандарта».

В данном исследовании обращено внимание на проблему стандартизации диагностики и лечения больных неврологического профиля на примере пациентов, страдающих дорсопатиями. Подобный выбор обусловлен тем, что в последнее десятилетие боли в спине приобрели характер эпидемии и стали одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения практически во всех странах мира, т.к. в течение жизни они возникают у 70—90% населения и ежегодно отмечаются у 15—25%. В РФ число больных с болями в спине за 10 лет выросло с 7,7 до 11,2 млн, т.е. более чем на 40%. В частности, в США ежегодно боль в спине является причиной более 14 млн обращений к врачу, более 100 млн потерянных рабочих дней и от 30 до 60 млрд долларов связанных с этим затрат.

Цель исследования — выявление закономерностей между длительностью госпитализации и продолжительностью временной утраты нетрудоспособности при соблюдении или несоблюдении предполагаемых стандартов диагностики и лечения больных данного профиля.

На базе МЛПУ г. Смоленска (Смоленская областная клиническая больница) и Смоленской области (Рославльская ЦРБ) было проведено исследование на основании данных выкопировки 311 медицинских

карт стационарных больных. Предметом исследования являлись случаи заболеваний пациентов с вертеброгенной патологией.

Анализировались следующие данные: пол, возраст, профессия, наличие сопутствующих заболеваний, инвалидности, продолжительность сроков лечения в стационаре и сроков временной нетрудоспособности, сведения о проведенных диагностических и лечебных процедурах и их эффективности.

В предполагаемые стандарты (реестры) обследования были включены общеклинические анализы; биохимическая оценка содержания глюкозы, креатинина, мочевины в крови; электронейромиография (ЭНМГ); рентгенография позвоночника с функциональными пробами; консультации смежных специалистов.

Стандарты (реестры) лечения включали: аналептики; антигистаминные препараты; обезболивающие блокады; витамины группы В (В₁, В₂, В₆, В₁₂) и С; иглорефлексотерапию; массаж; лечебную физкультуру; физиотерапию: радоновые ванны, парафинолечение.

Необходимые методы диагностики и лечения выбирались для каждого пациента индивидуально в зависимости от имеющегося у него заболевания, а также от обеспеченности МЛПУ необходимыми специалистами, оборудованием и препаратами.

В ряде случаев объемы лечения согласно стандартам превышали их и включали в стандарты диагностики компьютерную и магнитно-резонансную томографию позвоночника, а стандарты лечения были дополнены лекарственными препаратами прозерин, мидокалмом, введением гормональных препаратов и другими методами лечения. У пациентов с сопутствующей патологией могут быть дополнительно включены церебропротективные препараты.

Полученные данные оценивались с позиции эффективности «стандарта» и «сверхстандарта», учитывая нозологическую форму. Критериями оценки были выбраны средняя продолжительность стационарного лечения, доля пациентов с временной утратой трудоспособности (ВУТ) и сроки ВУТ в пересчете на один случай госпитализации с данной патологией соответственно. Для регистрации данных выбирались больные трудоспособного возраста, имеющие место рабо-

ты, так как случаи их заболеваний приводят к экономическим потерям в обществе и увеличивают стои-

мость медико-экономических стандартов. Результаты представлены в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Распределение случаев стационарного лечения больных с вертеброгенной патологией в зависимости от объемов оказания медицинской помощи (случаи лечения согласно предлагаемым стандартам лечения)

Нозологическая форма	Лечение по стандартам			
	Общее количество	Доля случаев, %	Доля случаев с ВУТ, %	Средняя длительность стационарного лечения с ВУТ
Люмбалгия	40	22,8	43,7	18,9
Люмбоишиалгия	110	57,0	52,1	17,0
Радикулопатия	33	17,2	36,7	14,4
Цервикалгия	7	3,78	41,7	3,0
<i>Итого</i>	190	100	43	13,8

Таблица 2

Распределение случаев стационарного лечения больных с вертеброгенной патологией в зависимости от объемов оказания медицинской помощи (случаи лечения, проведенные сверх предлагаемых стандартов лечения)

Нозологическая форма	Лечение по стандартам			
	Общее количество	Доля случаев, %	Доля случаев с ВУТ, %	Средняя длительность стационарного лечения с ВУТ
Люмбалгия	9	7,4	66,6	32,8
Люмбоишиалгия	33	27,2	73,4	34,8
Радикулопатия	61	50,5	50,5	35,3
Цервикалгия	18	14,9	54,2	22,9
<i>Итого</i>	121	100	61,2	31,5

В результате исследования выявлено, что у 38,9% больных с дорсопатиями лечение и обследование проходило с превышением стандартов. Так, было отмечено превышение средних ориентировочных сроков временной нетрудоспособности по различным нозологическим формам заболеваний: при люмбалгии с 18,9 до 32,8 дней; при люмбоишиалгии — с 17 до 34,8; при радикулопатии — с 14,4 до 35,3; при цервикалгии с — 3 до 22,9 дней. Это сочеталось как с увеличением доли больных, которым выдавался больничный лист, так и с удлинением сроков пребывания больных в стационаре.

При детальном рассмотрении эпидемиологической ситуации установлено, что данная группа включала пациентов с более тяжелым, затяжным болевым синдромом. Больным проводились неоднократные повторные курсы «стандартизированных» процедур, не дающих должного эффекта, кардинально не меняющих неврологический статус пациентов. К моменту же формирования хронического болевого синдрома, назначение более эффективных медикаментозных средств, к сожалению,

не давало быстрого и существенного улучшения в самочувствии больных и в их статусе.

Вероятно, причина подобного отклонения от стандартов в «конструкции самих стандартов», преимущественно основанной на применении минимально эффективных и зачастую простейших средств воздействия, однако укладывающихся в рамки скудных процентов госбюджета и средств страховых медицинских организаций, выделяемых на здравоохранение. В результате пациенты с впервые возникшей патологией изначально получали недостаточный объем оказанной медицинской помощи, что приводило к ухудшению их состояния и длительному затяжному течению процесса, хронизации болевого синдрома. В конечном итоге такой подход к купированию острых болевых вертеброгенных и дискогенных синдромов снижал качество лечения этой группы больных с параллельным неоправданным удорожанием медицинской помощи.

Таким образом, на основании вышеизложенного можно сделать вывод о необходимости расширения

границ предложенных «стандартов» диагностики и лечения для своевременного использования наиболее эффективных средств в зависимости от тяжести течения заболевания и возможных осложнений. Однако подобное невозможно на местном уровне без участия государства, страховых медицинских организаций, органов управления здравоохранением и медицинских ассоциаций, которые должны направить свои усилия на улучшение качества лечения больных дорсопатиями.

Литература

1. *Клинический менеджмент* / под ред. А.И. Вялкова, В.З. Кучеренко. М.: Медицина, 2006. С. 103—106.
2. *Клиническая неврология с основами МСЭ: руководство для врачей* / под ред. А.Ю.Макарова. СПб.: ООО «Медлайн-Медиа», 2006. С. 447—467.
3. *Болезни нервной системы: руководство для врачей* / под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. М., 2001. Т. 1.

Поступила в редакцию 05.04.2011 г.

Утверждена к печати 14.04.2011 г.

Сведения об авторах

Н.В. Перегонцева — старший преподаватель кафедры общественного здоровья СГМА (г. Смоленск).

С.Н. Дехнич — канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой общественного здоровья СГМА (г. Смоленск).

Е.И. Хамцова — ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии СГМА (г. Смоленск).

Для корреспонденции

Перегонцева Наталья Владимировна, тел.: 8-903-649-5848; e-mail: natalyaperegonceva@mail.ru

Уважаемые рекламодатели!

На страницах журнала можно разместить рекламу о медицинских и оздоровительных организациях и учреждениях, информацию о новых лекарственных препаратах, изделиях медицинской техники, продуктах здорового питания. Приглашаем вас разместить информацию о деятельности вашего учреждения на страницах журнала в виде научной статьи, доклада или в форме рекламы.

Тарифы на размещение рекламного материала

Площадь на полосе	Черно-белая печать, руб.	Полноцветная печать, руб.
1/1 210 × 280 мм (A4)	4000	10000
1/2	2500	7500
1/4	1500	5000
1/8	1000	2500
1/16	800	1000

Текстовая реклама	50 руб. за 1 кв. см	
-------------------	---------------------	--

Скидки: 2 публикации — 5%, 4 публикации — 10%, 6 публикаций — 15%