

**ПРОБЛЕМА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

С.С. РАМАЗАНОВА*, И.Б. МАНУХИН**, С.В. ФИРИЧЕНКО**, С.О. СМИРНОВА**

*Химкинская Центральная Клиническая больница Московской области,
Куркинское шоссе 11, Москва, 141401, Россия, тел.+7 (985) 254-1616

**ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет
имени А.И. Евдокимова, ул. Десятская, 20/1, Москва, 127473, Россия,
тел +7 (499) 178-5971, +7(910) 440-0452, e-mail: Firichenko@mail.ru

Аннотация. Внематочная беременность занимает первое место среди гинекологических заболеваний по числу диагностических ошибок, особенно на ранней стадии. Повысить качество оказания медицинской помощи пациенткам с внематочной беременностью можно путем снижения диагностических ошибок в основном на догоспитальном этапе. Этого можно достигнуть через объективную оценку качества медицинской помощи, выявление дефектов и их устранения грамотным организационным подходом. Проведено ретроспективное исследование качества медицинской помощи и её дефектов на догоспитальном этапе у пациенток перенесших внематочную беременность. Включено 194 пациентки. Во всех случаях проведена оценка качества оказания медицинской помощи. Сначала, для оценки качества были использованы существующие критерии, затем разработанные специально для решения задачи исследования. Исследование показало, что существующие критерии качества медицинской помощи при ВБ не позволяют дать её объективную оценку, так как не соответствуют своей цели. Оценка качества медицинской помощи при внематочной беременности с помощью разработанных критериев позволяет оценить её своевременность, правильность и степень достижения результата, что соответствует цели экспертизы. Полученная в результате оценки информация позволяет принять обоснованные решения для повышения качества медицинской помощи при внематочной беременности.

Ключевые слова: внематочная беременность, оценка качества медицинской помощи, критерии качества

**THE PROBLEM OF QUALITY ASSESSMENT OF HEALTH CARE AT
THE ECTOPIC PREGNANCY**

S.S. RAMAZANOVA*, I.B. MANUKHIN**, S.V. FIRICHENKO**, S.O. SMIRNOVA**

*Khimki Central Clinical hospital of the Moscow region, Kurkinskoe highway, 11, Moscow, 141401, Russia

**Moscow State A.I. Evdokimov, University of Medicine and Dentistry
Delegatskaya Str. 20/1, 127473, Moscow, Russia

Abstract. Ectopic pregnancy according to the number of diagnostic errors, especially at an early stage, ranks first among gynecological diseases. To improve the quality of medical care for patients with ectopic pregnancy, it is necessary to reduce diagnostic errors, especially at the prehospital stage. This can be achieved through an objective assessment of the quality of medical care, the identification of defects and their elimination by a competent organizational approach. A retrospective study of the quality of medical care and its defects at the prehospital stage in patients undergoing ectopic pregnancy was carried out. The study included 194 patients. In all cases, the quality of medical care was assessed. In the beginning, existing criteria for assessing quality were used. Then, to solve the research problem, special criteria were developed. The study showed that the existing criteria for the quality of care for ectopic pregnancy do not allow to give an objective assessment of it, because they do not meet their aim. Evaluation of the quality of medical care in ectopic pregnancy by means of the developed criteria allows to assessing its timeliness, correctness and the degree of achievement of the result, which corresponds to the purpose of the examination. The obtained information as a result of the assessment allows to making the informed decisions to improve the quality of medical care in ectopic pregnancy.

Key words: ectopic pregnancy, quality assessment of care, quality criteria

*«Самое трудное в споре – не столько защитить свою
точку зрения, сколько самому иметь о ней чёткое представление»
Андре Моруа*

Введение. Внематочная беременность (ВБ) – острое гинекологическое заболевание, являющееся распространенной причиной госпитализации и смертности у женщин репродуктивного возраста. За по-

следнее десятилетие отмечена тенденция к неуклонному росту частоты ВБ во всем мире, так в 50х-60х годах XX века частота ВБ составляла в среднем 0,4%, а в наши дни по некоторым данным достигает 2,4%, а среди беременных с ЭКО до 5% [7]. Доля ВБ в структуре материнской смертности в РФ существенно снизилась с 5,7% в 2005 году до 3,8 % в 2015 году однако, каждый год в нашей стране несколько женщин погибают от ВБ [5]. Однако, качество диагностики и лечения этого заболевания не везде одинаково, а это очень важный момент [8]. Качественная медицинская помощь – это своевременная медицинская помощь, оказанная квалифицированными медицинскими работниками и соответствующая требованиям нормативных правовых актов, стандартам оказания медицинской помощи, условиям договора и предъявляемым требованиям [6]. Для этого разрабатываются определенные критерии для определения соответствия оказанной медицинской помощи предъявленным стандартам. Эти стандарты должны базироваться на результатах доказательных исследований и постоянно меняться в соответствии с развитием технологий и возможностями финансирования. В большинстве развитых стран под стандартом медицинской помощи подразумеваются так называемые клинические рекомендации или протоколы. Однако в РФ существует ещё *стандарты медицинской помощи* это законодательно утвержденные требования к оказанию помощи применительно к конкретным заболеваниям. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» гласит, что медицинская помощь оказывается в соответствии с порядками оказания помощи, а также на основе стандартов медицинской помощи. Очевидно, что ФЗ № 323 обязывает четко соблюдать стандарты медицинской помощи при осуществлении медицинской деятельности. В РФ утвержден стандарт оказания медицинской помощи и при ВБ [4]. Однако, в стандартах медицинской помощи не содержится никаких упоминаний о клинических рекомендациях [1]. Между тем, в ч.2 ст. 64 ФЗ № 323 указано, что клинические рекомендации наряду с порядками и стандартами медицинской помощи служат основой для формирования критериев оценки медицинской помощи. Критерии оценки должны устанавливаться исходя из того насколько полезны составляющие этого процесса для достижения главного, а главным является исход или результат. Существуют трудности в определении исхода, как для отдельного пациента, так и для всех пациентов с данным заболеванием в целом. На уровне отдельного пациента врач ориентируется на лучшие исходы, доступные при данном заболевании, но из-за того что исход зависит от многих факторов (тяжесть состояния при поступлении, стадия, возраст, наличие сопутствующих заболеваний, оснащённость больницы и др). Наилучшим для пациента в разных случаях может быть разный исход. Поэтому оценкой правильности действий врача является соответствие стандартам, а не исход лечения. Критерии оценки исходов для многих заболеваний также не определены. Например, что брать за наилучший исход для пациенток с ВБ – выживаемость? Женщина не погибла от ВБ это уже хорошо, тем не менее, это редкий чрезвычайный случай, и есть не менее важные исходы. Краткосрочными результатами лечения ВБ может быть избавление от ВБ, отсутствие рецидивов клинических симптомов и персистенции трофобласта, длительность госпитализации или потери трудоспособности. К отдаленным результатам лечения ВБ относят, главным образом, два параметра: во-первых, это частота полного восстановления репродуктивной функции, на что указывает самостоятельное наступление беременности. Во-вторых, это частота повторной ВБ, как в оперированной трубе, так и контрлатеральной. В современных условиях краткосрочные результаты лечения являются вполне удовлетворительными, так как длительность наблюдения за пациентками для оценки отдаленных результатов должна быть не меньше года, но желательно 3-5 лет. Такие исследования часто трудно провести. Поэтому из-за трудностей в оценке любых исходов обычно анализируют структуру и процессы, а не исходы. Согласно принятой в РФ терминологии [5], критерии или индикаторы качества медицинской помощи – это показатели, используемые для оценки медицинской помощи, косвенно отражающие ее основные составляющие: ресурсы, процессы и результаты. Оценка качества медицинской помощи необходима для того чтобы помочь *управлению качеством*. Управление качеством это деятельность, направленная на повышение эффективности организации медицинской помощи населению. В настоящее время в РФ ни в одном правовом акте не определено понятие *управление качеством медицинской помощи*. Минюст РФ зарегистрировал приказ МЗ РФ от 10.05.2017 г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [3]. Общие положения этого приказа гласят: «Критерии качества применяются в целях оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата. Среди них согласно этому приказу (раздел 3.15.5.) установлены критерии оценки качества медицинской помощи взрослым при ВБ (табл.1). Критерии, утвержденные в приказе, трудно признать способными объективно оценить качество медицинской помощи при ВБ. Во-первых, критерии разработаны для оценки помощи в стационаре. Во-вторых, нет ни одного структурного критерия и ни одного результативного. Перечисленные критерии не позволяют оценить степень достижения запланированного результата, так как сам запланированный результат для ВБ не определен. Как сказано выше, главная цель оценки качества медицинской помощи это на основании полученной информации принять обоснованные решения для его улучшения. Таким образом, если мы не имеем критериев

для объективной оценки качества, то не можем разработать мероприятия, направленные на его улучшение, так как не выявляются системные дефекты оказания медицинской помощи.

Цель исследования – разработать критерии оценки качества медицинской помощи при ВБ для объективного анализа дефектов помощи больным с ВБ и проведения обоснованных мероприятий по её улучшению

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование качества медицинской помощи и её дефектов на догоспитальном этапе у пациенток перенесших ВБ. Такой анализ обычно проводится для оценки особенностей течения заболевания, а также эффективности и своевременности лечебно-диагностических мероприятий. Исследование производилось по нескольким лечебным учреждениям: городской поликлинике №154 МСЧ №51 САО г. Москвы, Можайская ЦРБ МО, *женской консультации* (ЖК) Химкинского района г. Москвы по данным медицинской документации за 2013-2016 годы. Критерием включения в ретроспективное исследование был подтвержденный диагноз ВБ, установленный на амбулаторном этапе или в стационаре. Включено 194 пациентки. Во всех случаях проведена оценка качества оказания медицинской помощи. Качественное оказание помощи при ВБ, с хорошими результатами невозможно без эффективного взаимодействия амбулаторной службы и стационара. Качество медицинской помощи в стационаре в большой степени зависят от её организации на догоспитальном этапе и от состояния, в котором поступает пациентка. Поэтому для решения поставленных задач в рамках исследования были разработаны собственные критерии оценки качества оказания медицинской помощи при ВБ, для того чтобы объективно оценить качество и выявить ошибки. Сначала для оценки качества были использованы как критерии установленные приказом МЗ РФ от 10 мая 2017г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (табл. 1), затем собственные разработанные специально для решения задач исследования критерии оценки качества медицинской помощи при ВБ (табл. 2).

Таблица 1

Критерии качества специализированной медицинской помощи при внематочной беременности [эктопической](код по МКБ-10 O00)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 15 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови	Да/Нет
4.	Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и определение резус-принадлежности	Да/Нет
5.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при нарушенной беременности)	Да/Нет
6.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус <i>Rh(D)</i> резус-отрицательным родильницам не позднее 72 часов от момента хирургического вмешательства или появления кровяных выделений (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
8.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

Разработанные критерии качества специализированной медицинской помощи при внематочной беременности

Критерии	Целевое значение	Исследуемая группа (%)
Диагноз установлен в день обращения	100%	
УЗИ выполнено на первом визите (экстренно)	100%	
Транспортировка бригадой скорой помощи при предварительном диагнозе внематочной беременности	100%	
Результат теста на β -ХГЧ доступен на первом визите	100%	
Повторный тест на β -ХГЧ через 48 часов*	100%	
Объективное исследование брюшной полости, внутреннее гинекологическое исследование	100%	
Выполнена клиническая оценка тяжести состояния и возможной кровопотери (АД, PS, ЧД, цвет кожи)	100%	
Инфузионная терапия начата до поступления в стационар**	100%	
Госпитализирована со стабильной гемодинамикой	100%	
Соблюден уровень стационара	100%	
Остановки кровотечения в пределах «золотого часа»	100%	
Хирургическое лечение выполнено лапароскопическим доступом	100%	
Отсутствуют послеоперационные осложнения, в связи с которыми задержана выписка (> 7 дней)	100%	
Отсутствует повторная госпитализация в связи с ВБ или персистенцией трофобласта	100%	
Проведены реабилитационные мероприятия после выписки (физиотерапия)✓	100%	
Пациент удовлетворен его взаимодействием с медицинским учреждением✓	100%	
Наступление самостоятельной маточной беременности в течение 1 года✓	100%	
Усредненный показатель качества медицинской помощи	100%	

Примечание: * – при диагнозе «беременность неизвестной локализации», ** – процент высчитывается только от числа поступивших с признаками геморрагического шока, *** – процент высчитывается только от числа пожелавших наступления беременности, случаи беременности после ЭКО не учитываются

Результаты и их обсуждение. В ретроспективном исследовании проанализированы 194 случая ВБ с 2013 по 2016 год. Из них 39 (20%) пациенток были госпитализированы в стационар, минуя амбулаторное звено медицинской помощи (самотёк или СМП), а 155 (80%) обратились первично в ЖК. Поскольку ВБ является острым гинекологическим заболеванием, случаи экстренной госпитализации при этой патологии будут иметь место всегда. Таким образом, помощь при ВБ почти никогда не бывает плановой, а представляет собой успешное взаимодействие между амбулаторным и стационарными звеньями. До момента госпитализации в стационар эти пациентки совершили от 1 до 4 амбулаторных визитов. Из них 104 пациенткам правильный диагноз ВБ был установлен на догоспитальном этапе, а 23 госпитализированы с другими направительными диагнозами, и ВБ была установлена только в стационаре. Из 155 пациенток первично обратившихся, 28 (18,1%) были потеряны для наблюдения. В дальнейшем эти женщины госпитализировались в стационар бригадой скорой помощи или поступили самотёком. Наиболее распространенной жалобой у 124 (80,0%) была боль в животе различной интенсивности, у 122 пациенток (59,3%) имело место вагинальное кровотечение, у 56 (33,5%) отмечалась задержка менструации более 7 дней. Вегетативные симптомы (головокружение, синкопальные состояния) без нарушений гемодинамики (шока) отмечались у 10 (6,5%). Обращает внимание, что нарушения стула, а также рвота, встречались редко (3,9%), но если они не сочетались с другими симптомами (4 пациентки), то они первично обращались к терапевту. Большинству пациенток обратившихся за амбулаторной помощью в ЖК диагноз ВБ кроме клинического осмотра был в итоге установлен с помощью ТВ УЗИ и теста на β -ХГЧ в сыворотке крови. У 50 (32,3%) пациенток был позитивный экспресс-тест мочи на беременность, который они провели самостоятельно до обращения к врачу. Результат определения β -ХГЧ в сыворотке крови на визите в ЖК мог быть получен только на следующий рабочий день. Результаты осмотра послужили основанием для проведения УЗИ органов малого таза в экстренном порядке у 79 (51,0%) из 155 пациенток.

Из поступивших в стационар 194 пациенток, 39 вообще не обращались за амбулаторной помощью,

а 28 были потеряны для наблюдения в ЖК в связи с неустановленным диагнозом ВБ. Данные о стационарном этапе лечения пациенток, не обращавшихся за амбулаторной помощью и тех, кто имел одно и более обращение в ЖК представлены в табл. 3.

Таблица 3

Стационарный этап лечения

Критерии	Стационарный этап лечения ВБ (n=194)	
	Госпитализированные без амбулаторного этапа: СМП, самотек (n=39)	Госпитализированные после обращения за амбулаторной помощью в ЖК (n=155)
<i>Состояние при поступлении</i>		
Удовлетворительное	25 (64,1%)	122 (78,7%)
Нестабильная гемодинамика (геморрагический шок I степени)	7 (17,9%)	32 (20,6%)
Геморрагический шок II степени	7 (17,9%)	1 (0,6%)
<i>Оперативный доступ</i>		
Лапаротомный доступ	19 (48,7%)	52 (33,5%)
Лапароскопический доступ	20 (51,3%)	103 (66,5%)
<i>Тип хирургического вмешательства (оперативный приём)</i>		
Тубэктомия	34 (87,2%)	129 (83,2%)
Тубэктомия единственной трубы	1 (2,6%)	5 (3,2%)
Тубэктомия и метропластика	2 (5,1%)	8 (5,2%)
Аднексэктомия (тубэктомия и овариоэктомия)	2 (5,1%)	5 (3,2%)
Сальпинготомия	-	2 (1,3%)
Выдавливание плодного яйца (<i>milking</i>)	-	6 (3,9%)
<i>Послеоперационные осложнения</i>		
Послеоперационная анемия	9 (23,1%)	30 (19,4%)
Лихорадка, в связи с чем, задержана выписка	7 (17,9%)	14 (9,0%)
Персистенция хориона	-	5 (3,2%)
Гематома или нагноение послеоперационной раны	3 (7,7%)	4 (2,6%)

Таким образом, при поступлении в приемное отделение стационара удовлетворительное состояние пациенток после амбулаторного этапа оказания медицинской помощи (даже с учётом 28 потерянных для наблюдения) было отмечено у 78,7% больных. В связи с этим чаще использовался лапароскопический доступ, органосохраняющие операции и было меньше осложнений послеоперационного периода. Анемия была наиболее распространенным осложнением послеоперационного периода: 23,1% и 19,4% соответственно.

Согласно задачам исследования проведена оценка качества медицинской помощи пациенткам, обратившимся за первичной помощью в учреждения амбулаторно-поликлинического звена по критериям, предлагаемым МЗ РФ. Результат оценки (табл. 4) согласно критериям МЗ РФ показал отсутствие дефектов оказания помощи, то есть помощь следует признать качественной.

Оценка качества специализированной медицинской помощи при ВБ согласно критериям МЗ РФ

п/п	Критерии качества	Оценка выполнения (%)
1.	Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 15 минут от момента поступления в стационар	100%
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза	100%
3.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови	100%
4.	Выполнено определение основных групп крови (A, B, 0) и определение резус-принадлежности	100%
5.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при нарушенной беременности)	100%
6.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус <i>Rho(D)</i> резус-отрицательным родильницам не позднее 72 часов от момента хирургического вмешательства или появления кровяных выделений (при отсутствии медицинских противопоказаний)	100%
7.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)	100%
8.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	97,4%
Усредненный показатель качества медицинской помощи		99,7%

На основании такой оценки никаких мероприятий по улучшению качества принимать не следует. Поэтому если мы не можем явно определить проблему, которую собираемся улучшить, то никакие мероприятия по управлению качеством эффективными не будут. Проведенная оценка качества медицинской помощи согласно собственным разработанным критериям представлена в табл. 5.

На основании этой оценки получен совершенно другой результат. Диагноз установлен в день обращения только у 27,1% пациенток с ВБ. УЗИ и тест на β -ХГЧ – ключевые методы диагностики ВБ выполнены на первом визите только у 51,0% и 32,3% обратившихся! Как следствие, из 155 обратившихся в консультацию госпитализировано по направлению оказалось только 124 пациентки, а потерянными для наблюдения 28 женщин. Возможно поэтому, 33 больные с ВБ госпитализированы в стационар с признаками внутрибрюшного кровотечения и нестабильной гемодинамикой. Кроме того, хирургическое лечение лапароскопическим доступом выполнено только у 66,5% пациенток. Выписка была задержана у 1 пациентки с тяжелой кровопотерей, 14 – лихорадили, и у 4 пациенток послеоперационный период осложнился раневой инфекцией. Такие критерии, как проведение реабилитационных мероприятий после лечения ВБ, отдаленные результаты восстановления и сохранения репродуктивной функции, а также степень удовлетворенности медицинской помощью пациента не входили в задачи данного исследования. Однако они являются очень важными и должны быть использованы при оценке и управлении качеством помощи организаторами здравоохранения. Итоговая оценка качества специализированной медицинской помощи пациенткам с ВБ дала усредненное значение 79,3% из 100%. Таким образом, качество оказанной помощи можно признать удовлетворительным, однако имеется существенный резерв для её оптимизации.

Вопрос качества медицинской помощи является одним из важнейших в организации здравоохранения. Именно на основании этой оценки и анализа дефектов помощи предоставляется возможность для управления качеством и проведения мероприятий для её улучшения. Согласно статье 87 Федерального закона №323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» указаны следующие уровни контроля качества медицинской помощи: государственный контроль (Росздравнадзор) проводится в отношении федеральных учреждений, ведомственный контроль (например, Департамент здравоохранения г. Москвы) и внутренний контроль качества, который осуществляется в муниципальных и частных медицинских учреждениях и порядок которого устанавливается руководителями этих учреждений. Внутренний контроль очень важен, однако в настоящее время не существует каких-либо федеральных нормативно-правовых актов, регламентирующих порядок и форму осуществления внутреннего контроля. Этот порядок определяется на усмотрение руководителей учреждений. В данном исследовании произведена попытка заполнить этот пробел для контроля за качеством оказания помощи при ВБ. В исследовании показано, что существующий инструмент контроля, так называемые критерии качества утвержденные в приказе МЗ РФ от 10.05.2017 г. №203н не позволяют дать объективную оценку качества при ВБ, кроме того они утверждены для стационара.

Оценка качества медицинской помощи при ВБ согласно разработанным критериям (n=194)

Критерии	Целевое значение	Визит 1	Визит 2	Визит 3	Визит 4	Итого, n (%)
		n=155	n=91	n=35	n=5	
		Направлены в стационар (n=127)				
		n=51	n=44	n=27	n=5	
Диагноз установлен в день обращения	100%	42 из 155	-	-	-	27,1%
УЗИ выполнено на первом визите (экстренно)	100%	79 из 155	-	-	-	51,0%
Транспортировка бригадой скорой помощи при предварительном диагнозе внематочной беременности	100%	42 из 51	37 из 44	21 из 27	4 из 5	67,1%
Результат теста на β-ХГЧ доступен на первом визите	100%	50 из 155	-	-	-	32,3%
Повторный тест на β-ХГЧ через 48 часов*	100%					100%
Объективное исследование брюшной полости, внутреннее гинекологическое исследование	100%	155				100%
Выполнена клиническая оценка тяжести состояния и возможной кровопотери (АД, PS, ЧД, цвет кожи)	100%	155 из 155	91 из 91	35 из 35	5 из 5	100%
Инфузионная терапия начата до поступления в стационар**	100%	33 из 33				100%
Госпитализирована со стабильной гемодинамикой	100%	122 из 155				78,7%
Соблюден уровень стационара	100%	155 из 155				100%
Остановки кровотечения в пределах «золотого часа»	100%	По данным карт стационарного больного (ф.003/У)				100%
Хирургическое лечение выполнено лапароскопическим доступом	100%	103 из 155				66,5%
Отсутствуют послеоперационные осложнения, в связи с которыми задержана выписка (> 7 дней)	100%	136 из 155				87,7%
Отсутствует повторная госпитализация в связи с ВБ или персистенцией трофобласта	100%	По данным карт стационарного больного (ф.003/У)				100%
Проведены реабилитационные мероприятия после выписки (физиотерапия)✓	100%	-				-
Пациент удовлетворен его взаимодействием с медицинским учреждением✓	100%	-				-
Наступление самостоятельной маточной беременности в течение 1 года✓	100%	-				-
Усредненный показатель качества медицинской помощи	100%					79,3%

Примечание: * – в случае необходимости, напр. «беременность неясной локализации», ** – для пациенток с нестабильной гемодинамикой (геморрагическим шоком), *** – от числа пожелавших наступления беременности, случаи беременности после ЭКО не учитываются, ✓ – критерий не применялся в данном исследовании

Как показывает практика, и подтверждено настоящим исследованием только 20% пациенток с ВБ госпитализируются непосредственно в стационар, а большая часть обращаются за помощью в амбулаторно-поликлиническое звено. Критерии качества должны позволять эффективно управлять медицинской помощью и улучшать её. К сожалению, в настоящее время ни в одном нормативно-правовом акте не дано определения управления качеством медицинской помощи. Нет ни одного результативного критерия. А ведь самым главным в любой сфере человеческой деятельности является не процесс, а результат этой деятельности, в данном случае результат оказания помощи при ВБ. Если все сделали: осмотр, запись в карту амбулаторного и стационарного больного, коагулограмму, хирургическую операцию, а пациент умер? О каком качестве может идти речь? Хотя формально все критерии соблюдены. При разработке критериев оценки качества оказания помощи, на наш взгляд, нужно включать те моменты, на которые врач должен «заострить» внимание при оказании помощи. Например, клиническая оценка состояния пациента очень важна, проведение теста на β -ХГЧ и УЗИ очень важно, своевременно начатая и адекватная инфузионная терапия при кровотечении тоже, а введение антирезус *D* иммуноглобулина, гистологическое исследование удалённого препарата важно, но в гораздо меньшей степени! Не важно, какой тест мочи или сыворотки для определения β -ХГЧ будет использован. Главным является доступность результата теста для врача на первом визите! Гистология удаленного препарата тоже важна, хотя в большинстве случаев хирург может оценить наличие хориона даже визуально. Минздравом рекомендовано давать оценку по каждому критерию только «да/нет». Эта оценка хороша для экспертизы одного частного случая, но для выявления повторяющихся дефектов помощи и наиболее слабых мест необходим анализ выборки или серии случаев ВБ по данному лечебному учреждению или региону. Поэтому, критерии качества должны быть выражены количественно, в процентах от целевого показателя. Для управления качеством необходимо чтобы эта оценка позволяла сравнивать качество помощи в разных учреждениях и регионах, а также до и после введения изменений. В рамках данного исследования были предложены комплексные критерии оценки первичной специализированной медицинской помощи качества больным с ВБ (табл. 2) и проведена сравнительная экспертиза качества помощи по рекомендованным критериям и разработанным. Усредненный показатель качества медицинской помощи после её оценки у 194 больных по критериям МЗ составил 99,7% (табл. 4). Таким образом, на основании этой оценки никаких мер по улучшению качества помощи принимать не следует. Все 194 пациентки выздоровели от основного заболевания, и не было летальных исходов. Но так ли все хорошо? Совсем другой результат был получен после оценки качества медицинской помощи согласно собственно-разработанным критериям. Усредненный показатель качества медицинской помощи после её оценки у тех же 194 больных составил только 79,3% (табл. 5). Причём эта экспертиза дала возможность установить, что диагноз установлен в день обращения только у 27,1% пациенток с ВБ. УЗИ и тест на β -ХГЧ – «золотой стандарт» диагностики ВБ выполнены на первом визите только у 51,0% и 32,3% пациенток. Как следствие, из 155 обратившихся в ЖК, госпитализированными по направлению оказались только 124 больные, а потерянными для наблюдения 28 женщин. Возможно поэтому, 33 больные с ВБ поступили в стационар с признаками внутрибрюшного кровотечения и нестабильной гемодинамикой. Кроме того, хирургическое лечение лапароскопическим доступом выполнено только у 66,5% пациенток. Выписка была задержана у 1 пациентки с тяжелой кровопотерей, 14 лихорадили, и у 4 пациенток послеоперационный период осложнился раневой инфекцией.

Заключение. Проведённый анализ и его результаты позволяют сделать вывод, что существующие критерии качества медицинской помощи при ВБ не позволяют дать её объективную оценку, поэтому их использование неэффективно для достижения цели, ради которой они разработаны. В свою очередь, разработанные критерии позволяют оценить своевременность, правильность и степень достижения результата при оказании медицинской помощи больным с ВБ, то есть отвечают смыслу и соответствуют цели экспертизы качества медицинской помощи.

Литература

1. Внематочная (эктопическая) беременность. Клинические рекомендации (Протокол лечения) МЗ РФ. Москва. 2017.
2. Полубенцева Е.И., Улумбекова Г.Э., Сайткулов К.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: метод. рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
3. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (Зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 17 мая 2017 года, регистрационный N46740).
4. Приказ Министерства здравоохранения России от 07.11.2012 N 589н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при внематочной (эктопической) беременности" (Зарегистрировано в Минюсте России 15.03.2013 N 27712).

5. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия в. 2.0. М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2017.
6. Северский А.В., Сергеева Е.О. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2005. № 11. С. 6–12.
7. Farquhar C.M. Ectopic pregnancy // Lancet. 2005. № 366. P. 583–591.
8. Khan K.S., Wojdyla D., Say L., Gülmezoglu A.M., van Look P.F. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review // Lancet. 2006. №367. P. 1066–1074.

References

1. Vnematochnaya (ektopicheskaya) beremennost. Klinicheskirekomendatsii (Protokollecheniya) MZ RF [Ectopic (ectopic) pregnancy. Clinical recommendations (treatment protocols)]. Moscow; 2017. Russian.
2. Polubentseva EI, Ulumbekova GE, Saytkulov KI. Klinicheskirekomendatsii i indikatoriy kachestva v sisteme upravleniyakachestvom meditsinskoy pomoschi: metod. Rekomendatsii [Clinical recommendations and quality indicators in the quality management system of medical care method.recommendations]. Moscow: GEOTAR-Media; 2007. Russian.
3. Prikaz Minzdrava Rossii ot 10.05.2017g. 203 n «Ob utverzhdenii kriteriev otsenki kachestva meditsinskoy pomoschi» [Order of the Ministry of health of Russia 10.05.2017 №203n "on approval of criteria for evaluation of health care"] (Zaregistrirovano v Ministerstve yustitsii Rossiyskoy Federatsii 17 maya 2017 goda, registratsionnyy N46740). Russian.
4. Prikaz Ministerstva zdravoohraneniya Rossii ot 07.11.2012 N 589n "Ob utverzhdenii standarta s pet-sializirovannoy meditsinskoy pomoschi pri vnematochnoy (ektopicheskoy) beremennosti" [The order of Ministry of healthcare of the Russian Federation of 07.11.2012 589n N "On approval of Stan-dart specialized medical care in extrauterine (ectopic) pregnancy"] (Zaregistrirovano v Minyuste Rossii 15.03.2013 N 27712). Russian.
5. Radzinskiy VE. Akusherskaya aggressiya v. 2.0 [Obstetric aggression V. 2.0.]. Moscow: Izd-vo zhurnala Status Praesens; 2017. Russian.
6. Severskiy AV, Sergeeva EO. Problemy I standartizatsii v zdravoohranении [Problems of standardization in health care]. 2005;11:6-12. Russian.
7. Farquhar CM. Ectopic pregnancy. Lancet. 2005; 366:583-91.
8. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet. 2006;367:1066-74.

Библиографическая ссылка:

Рамазанова С.С., Манухин И.Б., Фириченко С.В., Смирнова С.О. Проблема оценки качества медицинской помощи при внематочной беременности // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2018. №4. Публикация 1-6. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2018-4/1-6.pdf> (дата обращения: 06.07.2018). DOI: 10.24411/2075-4094-2018-16099. *

* номера страниц смотреть после выхода полной версии журнала: URL: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2018-4/e2018-4.pdf>