

Опыт организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи в травматологии и ортопедии

А.В.Скороглядов¹, А.Б.Бут-Гусаим¹, И.В.Сиротин¹, А.А.Пименов¹,
А.А.Крапивин², Н.В.Степанов², В.Ю.Розаев², Я.Е.Макушин²

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии педиатрического факультета, Москва (зав. кафедрой — проф. А.В.Скороглядов);

²Городская клиническая больница № 64, Москва (главный врач — д.м.н. А.А.Крапивин)

В статье представлен опыт организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи — эндопротезирования тазобедренного сустава — в условиях городской клинической больницы г. Москвы. Описаны организационные меры, направленные на повышение эффективности работы стационара. Эффективность мер подтверждена путем анализа результатов лечения 50 больных. Описаны направления дальнейшего совершенствования данной системы.

Ключевые слова: эндопротезирование тазобедренного сустава, высокотехнологичная медицинская помощь, национальный проект «Здоровье»

Experience in Organizing the Provision of High-Tech Medical Care in Trauma and Orthopedics

A.V.Skoroglyadov¹, A.B.But-Gusaim¹, I.V.Sirotnin¹, A.A.Pimenov¹,
A.A.Krapivin², N.V.Stepanov², V.Yu.Rozaev², Ya.E.Makushin²

¹Pirogov National Research Medical University, Department of Traumatology, Orthopedics and Battle-Field Surgery of Pediatric Faculty, Moscow (Head of the Department — Prof. A.V.Skoroglyadov);

²Municipal Clinical Hospital № 64, Moscow (Chief Doctor — DMedSci A.A.Krapivin)

The paper presents the experience of providing high-tech medical care — the hip replacement — in the Municipal clinical hospital of Moscow. The organizational measures directed on improving the efficiency of the hospital were described. Effectiveness of the measures was confirmed by the analysis of the results of treatment of 50 patients. There were described the directions of further improvement of the system.

Key words: hip replacement, high-tech medical care, national project "The Health"

В Российской Федерации с 2006 г. в рамках национального проекта «Здоровье», основными направлениями которого являются снижение смертности, заболеваемости и инвалидизации населения, повышение доступности и качества медицинской помощи, осуществляется финансирование выполнения дорогостоящей высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) [1]. Один из видов ВМП — эндопротезирование крупных суставов. В статье описан наш опыт организации оказания данного вида ВМП в условиях ГКБ № 64 г. Москвы, а также указаны основные направления повышения эффективности его реализации в стационарах города.

Общеизвестно, что тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава (ЭТС) — эффективный метод лечения па-

циентов с ортопедическими заболеваниями данного сустава. Потребность в эндопротезировании тазобедренного сустава в России, по оценке специалистов РНИИТО им. Р.Р.Вредена, составляет около 300 000 операций [2]. Исходя из этих данных, при пересчете на население Москвы в 2010 г. (11 514 300 человек) потребность составляет около 24 172 операций, а на население Юго-Западного административного округа г. Москвы (1 366 282 человека) — около 2900 операций [3]. Вместе с тем в интервью РИА Новости директор департамента высокотехнологичной помощи Минздравсоцразвития РФ Л.А.Габбасова сообщила, что за 2011 г. в России из средств федерального бюджета было оплачено лишь 32,8 тыс. операций эндопротезирования всех видов [4]. Согласно данным цифрам для выполнения операции ЭТС пациентам, нуждающимся в ней в настоящий момент, за счет средств федерального бюджета потребуется не менее 10 лет без учета естественного прироста и убыли населения. Тем не менее в 2011 г. из федерального бюджета на ВМП было направлено 44,69 млрд рублей, а в 2012 г. планируют выделить уже 51,8 млрд рублей. Таким образом, финансирование указанной отрасли здравоохранения неуклонно возрастает.

Для корреспонденции:

Сиротин Иван Владимирович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова

Адрес: 117292, Москва, ул. Вавилова, 61, корп. 11

Телефон: (499) 135-9154

E-mail: ivsir@mail.ru

Статья поступила 01.06.2012, принята к печати 19.12.2012

Существенным вкладом в обеспечение населения возможностью выполнения бесплатного ЭТС стало распоряжение Правительства РФ от 31.12.2008 № 2065-р о передаче с 1 января 2009 г. правительству Москвы осуществления части федеральных полномочий по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации за счет средств федерального бюджета. С 30 мая 2011 г. в список подлежащих компенсации за самостоятельно приобретенные инвалидами технические средства реабилитации внесены и эндопротезы тазобедренного и коленного суставов [5]. Последнее обстоятельство позволяет не только получить ЭТС пациенту, минуя общую очередь, но и дает возможность хирургу установить более качественный имплантат.

Таким образом, качественное повышение финансирования операций ЭТС в будущем неминуемо потребует улучшения организации процесса оказания данного вида ВМП на всех этапах ведения больных.

Цель нашей работы — создание алгоритма мероприятий ведения больного, готовящегося к эндопротезированию тазобедренного сустава, в периоперационном периоде для повышения эффективности работы стационара.

Пациенты и методы

В основную группу исследования вошли пациенты, оперированные в ГКБ № 64 в период с октября по декабрь 2011 г. В это время больнице были выделены бюджетные средства на выполнение ЭТС в рамках программы модернизации столичного здравоохранения. В связи с этим поток пациентов для планового ЭТС существенно вырос. Для улучшения организации и сокращения времени оказания данного вида помощи были приняты следующие административные решения.

- Учитывая выраженное ограничение двигательной активности у пациентов, требующих ЭТС, а следовательно, затруднения в обследовании на амбулаторном этапе, обследование данной категории пациентов для оценки рисков предстоящей операции и подбор/коррекцию проводимого лечения сопутствующих заболеваний проводить в стационарных условиях.

- При наличии у пациентов в анамнезе терапевтической патологии первично проводить госпитализацию в отделения терапевтического профиля, где обследовать согласно принятому перечню и лечить согласно выявленной патологии при необходимости с дообследованием и последующим переводом в профильное отделение для выполнения ЭТС при отсутствии противопоказаний.

- Первичное обследование согласно принятому перечню завершать в течение трех дней. Всем поступившим проводить общеклинические, биохимические и иммунологические анализы биологических сред (кровь, моча), опре-

деление группы крови, Rh, Kell, электрокардиографию, эзофагогастродуоденоскопию, ультразвуковое ангиосканирование сосудов нижних конечностей, рентгенограммы грудной клетки, тазобедренных суставов в сравнении в двух проекциях, консультации терапевта, анестезиолога. По назначению специалиста — эхокардиографию, компьютерную томографию грудной клетки, тазобедренных суставов, консультации врачами-специалистами при выявлении клинически значимых сопутствующих заболеваний.

Критерием исключения из исследования было поступление пациента в экстренном порядке, а также для выполнения ревизионного эндопротезирования. Таким образом, основную группу составили 37 пациентов, подходящих по критериям исследования и пролеченных в клинике в период с октября по декабрь 2011 г.

В контрольную группу вошли 26 пациентов, пролеченных с февраля по апрель 2011 г. Лечение данной группы пациентов проводили в полностью идентичных условиях, исключая приведенное выше административное регулирование. Перечень обследований, алгоритмы пред- и послеоперационного ведения по травматолого-ортопедическому статусу, оперативный доступ и операционная бригада были одинаковы для обеих групп.

Группы исследования были сопоставимы по полу, возрасту и характеру заболеваний тазобедренного сустава (табл. 1).

Результаты исследования и их обсуждение

Результат лечения оценивали через 3 мес после операции и признавали:

- хорошим, если больной к моменту осмотра имел возможность передвигаться без дополнительной опоры, субъективно не испытывал или испытывал незначительные болевые ощущения в области операции, отсутствовали признаки расшатывания имплантата на рентгенограммах в двух проекциях;
- удовлетворительным, если больной имел возможность передвигаться с дополнительной опорой, субъективно испытывал умеренные болевые ощущения в области операции, отсутствовали признаки расшатывания имплантата на рентгенограммах в двух проекциях;
- неудовлетворительным, если больной не имел возможности самостоятельно передвигаться, субъективно испытывал выраженные болевые ощущения в области операции, были признаки расшатывания имплантата на рентгенограммах в двух проекциях.

Инфекционных осложнений в группах исследования не наблюдали. Из 37 пациентов основной группы результат удалось отследить у 25 человек, в контрольной группе из 26 пациентов — у 15. Полученные данные приведены в табл. 2,

Возраст	Основная группа			Контрольная группа		
	мужчины, <i>n</i>	женщины, <i>n</i>	всего, <i>n</i> (%)	мужчины, <i>n</i>	женщины, <i>n</i>	всего, <i>n</i> (%)
Молодой и средний (младше 60 лет)	3	3	6 (16%)	2	2	4 (15%)
Пожилой (60–74 года)	11	14	25 (68%)	7	11	18 (69%)
Старческий (75–89 лет)	2	4	6 (16%)	1	3	4 (15%)

Возраст	Основная группа, <i>n</i>			Контрольная группа, <i>n</i>		
	хороший	удовлетворительный	неудовлетворительный	хороший	удовлетворительный	неудовлетворительный
Молодой и средний (младше 60 лет)	5	–	–	4	–	–
Пожилой (60–74 года)	16	1	–	9	–	–
Старческий (75–89 лет)	2	1	–	1	1	–
Итого	23 (92%)	2 (8%)	–	14 (93%)	1 (7%)	–

из которой следует, что статистически значимой разницы в результатах лечения в группах сравнения нет, большинство результатов признаны хорошими.

Получены интересные данные учета деятельности стационара для групп исследования. Средний койко-день в основной группе составил 21,7 дня, в контрольной группе — 24 дня, а средний предоперационный койко-день — 6,7 и 8 дней в основной и контрольной группах соответственно. Данные были обработаны с помощью программного пакета «Statistica v. 7.0» с использованием двухвыборочного теста Стьюдента, поскольку распределение исходных данных было нормальным. Различия между приведенными значениями в группах статистически значимы ($p < 0,05$).

Таким образом, мы наблюдали достоверное снижение показателей средних койко-дня и предоперационного койко-дня в основной группе за счет изменения в подходе к администрированию процесса обследования и лечения пациентов данной группы без потери качества лечения.

Заключение

Полученные данные наглядно демонстрируют наличие возможностей для повышения эффективности деятельности стационара за счет правильного администрирования. Тем не менее в ходе работы отмечен ряд моментов, целесообразных для изменения в целях повышения качества лечения, снижения нагрузки на стационар и дальнейшего роста эффективности его работы. Считаем для больных, которым требуется эндопротезирование тазобедренного сустава, необходимыми:

- проведение предоперационного обследования согласно принятому перечню на амбулаторном этапе максимально возможному числу больных в срок не ранее, чем за 7 дней до момента планируемой госпитализации;
- организацию регулярных осмотров больных после эндопротезирования тазобедренного сустава травматологом амбулаторно, в том числе и на дому, с возможностью выполнения перевязок и снятия кожных швов;
- организацию амбулаторного мониторинга возможных послеоперационных осложнений и в первую очередь тромбозов вен нижних конечностей с помощью ультразвукового ангиосканирования;
- проведение восстановительных занятий с инструктором лечебной физкультуры амбулаторно и при необходимости на дому.

Указанные меры, по нашему мнению, помогут улучшить эффективность работы стационара, а также повысить качество лечения. Данные обстоятельства считаем актуальными в условиях высокой потребности и возрастающего финансирования данного вида высокотехнологичной медицинской помощи.

Литература

1. Хальфин Р.А. Проект «Здоровье» // Экон. России: XXI век. 2005. №20. С.10–15.
2. Корнилов Н.В., Каныкин А.Ю., Григорьев А.М. Новые технологии в эндопротезировании // Травматология и ортопедия: современность и будущее: Матер. Междунар. конгресса, Москва, РУДН, 7–9 апреля 2003 г. М., 2003. С.94–95.
3. Сообщение Росстата о предварительных итогах Всероссийской переписи населения 2010 г. [Электронный ресурс] // Всероссийская перепись населения [Официальный сайт]. URL: <http://www.perepis-2010.ru/gorod-selo.xls> (дата обращения: 27.03.2012).
4. Габбасова: более 1,4 тысячи трансплантаций проведено в РФ в 2011 году. Интервью [Электронный ресурс] // РИА Новости [Официальный сайт]. URL: <http://ria.ru/interview/20120203/555352474.html> (дата обращения: 27.03.2012).
5. Размер компенсации за самостоятельно приобретенные инвалидами технические средства реабилитации [Электронный ресурс] // Департамент социальной защиты населения города Москвы [Официальный сайт]. URL: http://dszn.ru/activities/social_integration_of_disabled/technical/compensation/ (дата обращения: 27.03.2012).

Информация об авторах:

Скороглядов Александр Васильевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 117292, Москва, ул. Вавилова, 61, корп. 11
Телефон: (499) 135-9162
E-mail: serko2001@mail.ru

Бут-Гусаим Александр Борисович, доктор медицинских наук, профессор кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 117292, Москва, ул. Вавилова, 61, корп. 11
Телефон: (499) 135-9157
E-mail: alex-ortoped@yandex.ru

Пименов Александр Анатольевич, аспирант кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 117292, Москва, ул. Вавилова, 61, корп. 11
Телефон: (499) 135-9154
E-mail: pimenov-doctor@yandex.ru

Крапивин Андрей Александрович, доктор медицинских наук, главный врач Городской клинической больницы № 64
Адрес: 117292, Москва, ул. Вавилова, 61, корп. 2
Телефон: (499) 134-6479
E-mail: info@gkb64.mosgorzdrav.ru

Степанов Николай Владимирович, доктор медицинских наук, заместитель главного врача по хирургии Городской клинической больницы № 64
Адрес: 117292, Москва, ул. Вавилова, 61, корп. 2
Телефон: (499) 135-9121
E-mail: info@gkb64.mosgorzdrav.ru

Розаев Владимир Юрьевич, врач высшей категории, заведующий 13-м травматологическим отделением Городской клинической больницы № 64
Адрес: 117292, Москва, ул. Вавилова, 61, корп. 11
Телефон: (499) 135-9105
E-mail: zav13tr@mail.ru

Макушин Ярослав Евгеньевич, врач травматолог-ортопед 13-го травматологического отделения Городской клинической больницы № 64
Адрес: 117292, Москва, ул. Вавилова, 61, корп. 11
Телефон: (499) 135-9154
E-mail: tottenkopf@yandex.ru