

Оказание медицинской помощи пациентам с акне. Результаты экспертизы качества медицинской помощи

И.О. Смирнова², М.А. Карачевцева³, С.М. Михайлов³, Е.А. Куликова¹, И.С. Колова², Т.С. Смирнова¹, В.Ю. Дудко¹, Я.Г. Петунова², Н.В. Шин²

¹ Санкт-Петербургское ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер» 192102, Санкт-Петербург, набережная реки Волковки, д. 3

² Санкт-Петербургский государственный университет 199106, Санкт-Петербург, ВО, 21-я линия, д. 8а

³ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

Цель. Получение информации о типичных ошибках оказания медицинской помощи пациентам с акне в кожно-венерологических диспансерах (КВД) Санкт-Петербурга для разработки мер, направленных на улучшение качества медицинской помощи (КМП) данной группе пациентов.

Материал и методы. Проведена тематическая экспертиза КМП 55 наблюдений пациентов с акне, которые получали лечение в КВД Санкт-Петербурга в 2013 г. Изучение КМП проводилось с применением Автоматизированной технологии экспертизы КМП.

Результаты. Доля случаев оказания медицинской помощи надлежащего качества пациентам с акне составляла 49%. В структуре ошибок оказания медицинской помощи преобладали ошибки лечения и диагноза. Ошибки лечения были представлены преимущественно неверным сочетанием препаратов, наиболее часто одномоментным назначением антибактериальных препаратов для наружного и системного применения, поздним назначением комедолитической терапии, а также применением патогенетически необоснованной терапии. Ошибками постановки диагноза считали отсутствие указаний на форму и/или степень тяжести акне, наиболее важными ошибками сбора информации — отсутствие обследования женщин у гинеколога для решения вопроса о необходимости применения комбинированных оральных контрацептивов, в том числе и при назначении изотретиноина.

Заключение. Сходство характера ошибок медицинской помощи при акне, а также их высокий удельный вес при оказании медицинской помощи пациентам требуют разработки системных мероприятий по улучшению КМП этим больным и повторной экспертизы с применением индикаторов промежуточного (оперативного) контроля КМП.

Ключевые слова: **акне, качество медицинской помощи, экспертиза.**

Контактная информация: driosmirnova@yandex.ru. Вестник дерматологии и венерологии 2015; (1): 76—84.

Rendering medical aid to acne patients. Results of an expert examination of the quality of medical aid

I.O. Smirnova², M.A. Karachevtseva³, S.M. Mikhailov³, Ye.A. Kulikova¹, I.S. Kolova², T.S. Smirnova¹, V.Yu. Dudko¹, Ya.G. Petunova², N.V. Shin²

¹ St. Petersburg City Dermatovenerology Dispensary
Volkhonka Embankment, 3, St. Petersburg, 192102, Russia

² St. Petersburg State University, Faculty of Medicine
Line 21, 8a, Vasilyevsky Island, St. Petersburg, 199106, Russia

³ I.I. Mechnikov North-Western State Medical University
Kirochnaya, 41, St. Petersburg, 191015, Russia

Goal. To obtain information on typical errors in medical aid rendered to acne patients in dermatovenerology dispensaries in St. Petersburg in order to develop measures to improve the quality of medical aid rendered to this group of patients.

Materials and methods. The authors conducted a special expert examination of 55 patients with acne who received treatment at St. Petersburg dermatovenerology dispensaries in 2013. The quality of medical aid was assessed using the Automated Expert Examination Technique (hereinafter referred to as AEET).

Major results. The percentage of cases when medical aid of due quality was rendered to acne patients was 49%. Treatment and diagnostics errors prevailed in the structure of errors in medical aid. Errors in treatment were mainly a wrong combination of drugs, simultaneous administration of external and systemic antibacterial drugs, delayed comedolytic therapy and pathogenically infeasible therapy. Errors in diagnostics included absence of indications of the form and/or severity of acne. The most important error in the collection of information was absence of gynecology examinations for women to determine whether peroral contraceptives were necessary including in case of the administration of isotretinoin.

Conclusion. The similarity of errors in medical aid rendered for acne as well as high percentage of errors relating to medical aid rendered to patients demand the development of consistent measures to improve the quality of medical aid rendered to such patients and repeated expert examination using preliminary (prompt) control of the quality of medical aid.

Key words: **acne, quality of medical aid, expert examination.**

■ Акне является одним из наиболее распространенных дерматозов, по данным J. Leyden (2003), акне страдают до 90% людей в возрасте до 20 лет [1]. Начинаясь в пубертатном возрасте, заболевание разрешается самостоятельно у 60% больных по мере взросления, но у 40% пациентов может протекать вплоть до третьего десятилетия жизни и даже более длительно. Примерно у 20% подростков заболевание протекает в тяжелой форме [2].

По мнению экспертов [3, 4], акне следует считать хроническим заболеванием, так как оно характеризуется длительным рецидивирующим течением, разрешением с формированием рубцов и пигментации, отрицательным влиянием на качество жизни. Хронический характер заболевания диктует стратегию его лечения — оно должно быть эффективным, своевременным (ранним), длительным, с переходом на поддерживающую терапию и проводиться при взаимодействии дерматологов с другими специалистами, в том числе гинекологами, эндокринологами и психиатрами [4]. Оценка качества медицинской помощи (КМП), оказываемой пациентам с акне, является актуальной задачей, решение которой позволит повысить эффективность лечения больных и разработать мероприятия по обеспечению взаимодействия специалистов разного профиля.

Материал и методы

Проведена тематическая экспертиза КМП 55 карт амбулаторного наблюдения пациентов с акне (коды МКБ L70.0 Угри обыкновенные, L70.1 Угри шаровидные, L70.2 Угри осповидные/Угри некротические милиарные), которые получали лечение в трех районных кожно-венерологических диспансерах (КВД) Санкт-Петербурга. Целью исследования было получение информации о типичных ошибках при оказании медицинской помощи пациентам с акне в КВД Санкт-Петербурга для разработки мер, направленных на улучшение КМП данной группе пациентов. Экспертиза проведена в соответствии с планом работы Координационного совета по управлению качеством дерматовенерологической помощи Санкт-Петербурга. Рандомизация осуществлялась путем случайного отбора необходимого (15—20) количества карт амбулаторного наблюдения за 2013 г.

Среди пациентов было 30 мужчин и 25 женщин. В целом по всем возрастным группам существенных гендерных различий не было. В то же время в возрастной группе 26 лет и старше преобладали женщины (39,1% против 10,33%), а в группе 16—20 лет — мужчины (48,3% против 26%). Длительность заболевания на момент обращения в КВД варьировала от нескольких месяцев до 5 лет, у большинства пациентов (65,38%) заболевание протекало более года.

Изучение КМП проводилось с использованием Автоматизированной технологии экспертизы (АТЭ)

КМП, зарегистрированной в РосАПО (свидетельство № 960494 от 21.11.1996) и имеющей свидетельство МЗ РФ № 008 от 08.04.1999 г. о разрешении применения в учреждениях здравоохранения Российской Федерации. АТЭ КМП представляет собой комплекс стандартизованных процедур, правил, алгоритмов, методических приемов, используемых вне зависимости от заболевания, вида и места (стационар, поликлиника) оказания медицинской помощи. Она включает формализованный язык описания ошибок и их негативных следствий, классификацию случаев ненадлежащего КМП, алгоритмы экспертного анализа ошибок и их причинно-следственных связей, правила обоснования экспертных суждений, методические приемы организации экспертного исследования КМП в совокупности случаев, методические приемы расчета количественных показателей КМП и построения обобщающих таблиц, модифицированные методы статистического контроля качества процессов, правила составления экспертного заключения по результатам экспертизы КМП (ЭКМП) в отдельном случае и совокупности случаев [5].

Методическую основу экспертизы составил протокол, разработанный рабочей группой Координационного совета по управлению качеством дерматовенерологической помощи Санкт-Петербурга на основе Клинических рекомендаций Российского общества дерматовенерологов (РОДВ) по ведению больных акне (2010) [6], Европейских клинических рекомендаций по лечению акне, основанных на принципах доказательной медицины (S3) [7], рекомендаций рабочей группы по лечению акне [8], а также рекомендаций Глобального альянса по улучшению результатов лечения акне [9]. Протокол был согласован на заседании Координационного совета по управлению качеством дерматовенерологической помощи Санкт-Петербурга, в состав которого входили представители служб качества всех КВД города.

Экспертиза КМП проводилась группой экспертов, врачей-дерматовенерологов, прошедших специальную подготовку по экспертизе КМП и включенных в территориальный реестр экспертов КМП в Санкт-Петербурге. В состав группы экспертов входили 4 участника, из них 1 доктор медицинских наук и 1 кандидат медицинских наук. Метаэкспертиза, повторная экспертиза, проводимая тем же методом, но другим экспертом КМП, проводилась доктором медицинских наук.

Сбор, обобщение и статистический анализ данных о состоянии КМП осуществлялся автоматизированным способом с использованием программных средств АТЭ КМП. Показатели структуры КМП отражают процентное соотношение случаев надлежащего и разных классов ненадлежащего КМП в выборке. Показатели рисков (возникновения ошибок лечебно-диагностического процесса, ухудшения состояния

пациента, социально значимого ухудшения состояния пациента, неоптимального использования ресурсов) рассчитывались как средние значения ошибок лечебно-диагностического процесса и соответствующих видов негативных следствий (для состояния, социальных ресурсов, ресурсов здравоохранения соответственно): где X — показатель риска по совокупности случаев (системе); X_i — i -й вариант показателя риска ($i = 1, \dots, n$) по типической группе (элемент системы); f_i — доля типической группы в структуре неоднородной совокупности (в %). Показатели рисков, рассчитанные по выборке случаев, соответствуют оценке математического ожидания ошибок и их негативных следствий в совокупности случаев.

Интегрированные (нормированные) показатели КМП, отражающие степень суммарного отклонения показателей КМП (рисков) в элементах системы от условного среднего, принятого за 0, выражали суммой нормированных значений показателей рисков (суммарным количеством среднеквадратических отклонений). Расчет интегрированных (нормированных) показателей осуществляется по формуле:

$$Z_j = \sum_{i=1}^k \frac{(X_{ij} - X_i)}{\sigma_i}, \quad \text{где} \quad \sigma_i = \sqrt{\frac{1}{n-1} \sum_{j=1}^n (X_{ij} - X_i)^2},$$

где X_{ij} — значение показателя i -риска на j -элементе системы; X_i — среднее значение i -риска; n — количество случаев в анализируемой совокупности; k — количество показателей рисков ($k = 1, 2, 3, 4$).

Из перечисленных показателей КМП показатели рисков и структуры КМП пригодны для характери-

стики состояния КМП и анализа его динамики. Интегрированные (нормированные) показатели являются условными и пригодны только в целях сравнительного анализа КМП в группах случаев, соответствующих элементам изучаемой системы оказания помощи.

Результаты

По результатам ЭКМП при акне доля случаев медицинской помощи надлежащего качества составила от 15,5 до 71,5% в разных КВД. Всего в 55 случаях оказания медицинской помощи было выявлено 40 ошибок разного класса. В их структуре преобладали ошибки лечения и диагноза — 48 и 18% соответственно (рис. 1).

Диагноз акне в подавляющем большинстве случаев — 50 (90,9%) — формулировался как «вульгарные/обыкновенные угри», в двух случаях — как «оспенно-видные (некротические) акне», в двух — «конглобатные акне» и в одном — «эксфолированные акне». При формулировке диагноза вульгарных угрей лечащие врачи не указали форму заболевания и/или его степень тяжести в 10 случаях. При этом в 8 из 10 случаев ошибок сбора информации, а именно описания дерматологического статуса, которые бы затрудняли постановку диагноза, не было. Отсутствие указаний на форму и степень тяжести акне эксперты КМП считали ошибками содержания диагноза, однако в большинстве случаев не отмечали их негативного влияния на объем назначаемой терапии.

Ошибки сбора информации включали в себя помимо неполного описания дерматологического статуса, затрудняющего формулировку диагноза, — 2 (4%) наблюдения, неполное или избыточное обследование



Рис. 1. Структура ошибок оказания медицинской помощи больным акне, %

пациентов. Так, лабораторные и инструментальные методы обследования были назначены 48 (87%) пациентам. В большинстве случаев проводились клинический и биохимический анализы крови, а также исследование уровня глюкозы в сыворотке крови (53, 26,6 и 13% соответственно). Назначение соскоба на *Demodex folliculorum*, которое проводилось 22 (40%) пациентам, эксперты считали необоснованным, однако не относили его к категории ошибок сбора информации. Женщины направлялись к гинекологу и эндокринологу в 39 и 21,7% случаев соответственно. Основанием для этого служили данные анамнеза о нарушении менструального цикла и избыточная масса тела. В 2 (4%) случаях эксперты КМП на основании изучения данных анамнеза сочли, что консультации этих специалистов были показаны, но не назначены. Ни в одной карте амбулаторного наблюдения не было указаний на наличие у женщин признаков так называемой андрогенной дерматопатии: гирсутизма, гипертрихоза, андрогенетической алопеции, черного акантоза и абдоминального ожирения. Мужчины не направлялись на консультации к другим специалистам. Лишь один пациент с рецидивом акне после курса изотретиноина и выявленными при обследовании высокими показателями пролактина и кортизола был направлен на лечение к эндокринологу.

Изотретиноин системно был назначен 6 (12,72%) пациентам, которые во всех случаях получали его в форме препарата акнекутан (Ядран) в суточной дозе 0,4—0,8 мг и кумулятивной дозе 100—120 мг изотретиноина на 1 кг массы тела пациента (рис. 2). В одном

случае отсутствовали данные о массе тела пациента, что затрудняло выбор суточной и кумулятивной доз препарата врачом-дерматологом и оценку объема лечения экспертом КМП. Три пациента не соблюдали режим применения изотретиноина, самостоятельно прерывая его прием, в связи с чем лечащие врачи рекомендовали пациентам включать в комплексное лечение комедолитические препараты (азелаиновую кислоту). Следует отметить, что в случае назначения изотретиноина одной пациентке указаний в амбулаторной карте на отрицательный тест на беременность и целесообразность/необходимость одновременного применения комбинированных оральных контрацептивов не было.

Системные антибактериальные препараты были назначены на одном из этапов лечения 3 (5%) пациентам, в двух случаях их сочетали с антибактериальными препаратами для наружного применения, в том числе в одном — без бензоилпероксида или адапалена.

В 15 (27%) случаях пациенты получали топические антибиотики. Наиболее часто — клиндамицин и метрогил (7 и 3 человека соответственно). В 9 (16%) случаях антибиотики для наружного применения назначали без препаратов бензоилпероксида или адапалена.

Комбинацию антибактериальных препаратов для наружного и системного применения, а также монотерапию топическими антибиотиками считали ошибками лечения, следствием которых могло быть развитие резистентности *P. acnes* к антибактериальным препаратам.



Рис. 2. Методы лечения больных акне, назначаемые дерматовенерологами в КВД

Наружную терапию препаратами азелаиновой кислоты, адапалена и бензоилпероксида получали 33 человека. В большинстве случаев врачи-дерматологи назначали препараты азелаиновой кислоты (скинорен, Шеринг АГ) и комбинированные препараты с фиксированной дозировкой адапалена и бензоилпероксида (эффезел, Галдерма).

Помимо патогенетически обоснованного лечения пациентам назначали препараты и методы с недоказанной эффективностью при акне, наиболее часто сорбенты, что расценивали как ошибку лечения. Два пациента получали аутогемотерапию, двум в комплексе лечения были назначены гомеопатические средства.

В целом показатель риска возникновения ошибок в расчете на 1 случай оказания медицинской помощи составил 0,73 (от 0,29 до 1,40 на 1 случай в разных КВД), показатель риска ухудшения состояния пациента — 0,31 следствий ошибок на 1 случай медицинской помощи (от 0,25 до 0,40 на 1 случай в разных КВД). Медицинская помощь ненадлежащего качества I класса при наличии ошибок лечебно-диагностического процесса, затрудняющих оценку КМП, составила 15% наблюдений, II класса с ошибками, негативно влияющими на оптимальность использования ресурсов здравоохранения, — 7%, а III и IV классов с ошибками, имеющими реальные или возможные следствия для состояния пациентов, — 27 и 2% соответственно. Случаев медицинской помощи ненадлежащего качества V и VI классов с влиянием социальных ресурсов (инвалидизация, смерть) выявлено не было.

Обсуждение

В современных условиях улучшение КМП населению является одним из основных принципов охраны здоровья граждан (Федеральный закон РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан»). В Санкт-Петербурге, в соответствии с постановлением Правительства Санкт-Петербурга № 730 от 03.07.2007 «О создании единой системы управления качеством медицинской помощи в Санкт-Петербурге», в период 2007—2010 гг. была сформирована территориальная система управления КМП, которая включает Координационный совет по управлению КМП при Правительстве Санкт-Петербурга; службы КМП в медицинских организациях; системы управления КМП в районах [10]. С 2011 г. началось создание относительно самостоятельных подсистем управления КМП по видам медицинской помощи, оказываемой в специализированных учреждениях здравоохранения [10, 11].

Актуальность создания системы управления качеством дерматовенерологической помощи подтверждается результатами ряда исследований, указывающих на наличие ошибок при оказании медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами

в КВД [12—14]. Авторами предложены комплексы индикаторов для мониторинга КМП больным дерматозами, а также эффективности деятельности учреждений дерматовенерологического профиля [15, 16].

Широкая распространенность акне среди населения, хронический характер течения заболевания, необратимость рубцов, формирующихся после разрешения высыпаний, необходимость длительного лечения и междисциплинарного подхода определяют сложность ведения пациентов, страдающих этим дерматозом. При выборе препаратов для лечения акне необходимо принимать во внимание форму и степень тяжести заболевания, при выборе основы средств для наружного применения — тип кожи и стадию заболевания [7]. Приверженность лечению пациентов зависит не только от выбора врачом эффективного метода лечения или их комбинаций, но и достаточного по времени применения препаратов [9].

В ходе проведенного нами изучения КМП, оказываемой пациентам с акне (55 карт амбулаторного наблюдения), выявлено, что доля случаев медицинской помощи ненадлежащего качества варьировала от 15 до 71% (в среднем 49%). При этом были выявлены ошибки диагноза, сбора информации и лечения разного класса.

Основной ошибкой диагноза было отсутствие указаний на форму и/или степень тяжести заболевания. В настоящее время существуют два основных подхода к оценке степени тяжести акне — с позиции активности высыпаний и с позиции влияния на качество жизни пациента. До настоящего времени общепринятой системы объективной оценки активности акне нет, предложено более 25 различных шкал — от глобальной оценки до подсчета количества высыпаний [17, 18]. В соответствии с Клиническими рекомендациями РОДВ (2010) при формулировке диагноза целесообразно выделять комедональные, папуло-пустулезные и узловато-кистозные акне [5]. Клинические рекомендации Европейской академии дерматологии (2012) [7] предлагают использовать в клинической практике упрощенную классификацию и выделять акне комедональные, папуло-пустулезные средней степени тяжести, тяжелые папуло-пустулезные и нодулярные средней степени тяжести, а также тяжелые нодулярные и конглобатные акне. Какую бы классификацию не использовал специалист, определение формы и степени тяжести акне является необходимым для выбора метода лечения. Именно поэтому при оценке КМП отсутствие указаний на форму и степень тяжести акне в содержании диагноза считали ошибкой, затрудняющей назначение лечения и его оценку экспертом.

В большинстве случаев описание дерматологического статуса позволяло эксперту оценить степень тяжести и форму акне предположительно или уверенно и провести оценку назначенного лечения. Однако в 2 случаях формулировка диагноза, а значит, и оцен-

ка лечения, были затруднены некорректным (недостаточным) описанием дерматологического статуса.

Лабораторные и инструментальные методы обследования назначались в 87% случаев, в том числе практически половине больных (40%) проводили исследования на *Demodex folliculorum*, что считали необоснованным, особенно у пациентов подросткового возраста. Сочетание акне и розацеа, в патогенезе которого может играть определенную роль *Demodex folliculorum*, в частности, в форме MARSH синдрома, предполагает набор определенных симптомов (мелазма, акне, розацеа, себорея, гирсутизм), описания которых во всех этих случаях не было.

Менее чем 1/4 (21,7%) женщин направлялись на консультацию к гинекологу в связи с нарушением менструального цикла. Ни в одной карте амбулаторного наблюдения не было указаний на наличие или отсутствие у женщин признаков так называемой андрогенной дерматопатии — гирсутизма, гипертрихоза и андрогенетической алопеции, черного акантоза и абдоминального ожирения. Именно такое сочетание, а также позднее начало акне и является, по мнению экспертов [8], основанием для направления пациенток к гинекологу. Отсутствие соответствующих анамнестических данных затрудняло определение экспертом необходимости обследования пациенток у эндокринолога или гинеколога. Тем не менее в двух наблюдениях эксперты сочли консультацию гинеколога необходимой в связи с ухудшением течения заболевания у женщин старше 25 лет.

В ходе анализа КМП наиболее часто встречались ошибки лечения, многие из которых имели возможные или реальные последствия для состояния пациента.

Изотретиноин системно, в первую очередь в форме препарата акнекутан (Ядран), был назначен 6 пациентам, в том числе одной женщине. В последнем случае указаний в амбулаторной карте на отрицательный тест на беременность и целесообразность/необходимость одномоментного применения комбинированных оральных контрацептивов не было. В соответствии с клиническими рекомендациями РОДВ (2010) тест на беременность (лабораторное определение уровня хорионического гонадотропина человека в сыворотке крови) должен проводиться дважды — не позднее чем за 11 дней до начала приема препарата и в первые 2—3 дня менструального цикла [5]. При этом и результат, и дата теста на беременность должны быть зарегистрированы врачом в истории болезни или амбулаторной карте наблюдения. Лечение изотретиноином следует начинать в первые 2—3 дня нормального менструального цикла (параллельно с исключением беременности) и комбинировать с эффективными методами контрацепции. Отсутствие соответствующих сведений в амбулаторной карте затрудняло оценку экспертом правильности действий специалиста.

Сочетанное применение системного изотретиноина с местными кератолитическими средствами не рекомендуется из-за возможного усиления раздражающего кожу эффекта. Однако в трех наблюдениях изотретиноин сочетали с азелаиновой кислотой, что было обусловлено несоблюдением пациентами режима лечения. Последнее обстоятельство делает нецелесообразным продолжение лечения этих пациентов изотретиноином и диктует необходимость оценивать факторы, влияющие на приверженность лечению.

Значительное количество ошибок лечения было обусловлено неправильным назначением антибактериальных препаратов. Хорошо известно, что антибактериальные препараты были первыми эффективными препаратами для лечения акне. Однако развитие резистентности *P. acnes* к широкому спектру антибактериальных препаратов ограничивает их применение. В ходе проведенной ЭКМП выявлено, что в двух случаях дерматовенерологами КВД было назначено сочетание антибактериальных препаратов для системного и наружного применения и еще в девяти — монотерапия топическими антибиотиками. Хотя клинические признаки резистентности — отсутствие эффекта от лечения или обострение процесса на фоне терапии — не были зарегистрированы ни в одном случае, существовал риск ее развития, что было отмечено в ходе проведения экспертизы. В то же время необходимо отметить, что акне не является классическим инфекционным заболеванием и эффект антибактериальной терапии при нем может быть связан не с непосредственной антибактериальной активностью препаратов, а с их противовоспалительным действием [19]. Общепринятой стратегией при лечении акне антибактериальными препаратами является ограничение их применения, одномоментное назначение с бензоилпероксидом или адапаленом и исключение сочетанного лечения антибактериальными препаратами для наружного и системного применения [4, 7].

Помимо патогенетически обоснованного лечения пациентам назначали препараты и методы с недоказанной эффективностью при акне, наиболее часто сорбенты.

Характер ошибок медицинской помощи, оказываемой пациентам с акне, был одинаков во всех КВД, хотя они и встречались с разной частотой. Системный характер ошибок требует разработки системных мероприятий по улучшению КМП этим больным.

С учетом большого количества ошибок оказания медицинской помощи пациентам с акне необходимо провести повторную экспертизу с помощью индикаторов промежуточного (оперативного) контроля КМП [20]. Если традиционный подход к использованию индикаторов, разработанных на основе стандартов и протоколов ведения больных, направлен на изучение ситуации с целью последующего анализа причин отклонений путем экспертизы КМП, то выбор индикатора

торов качества для промежуточного (оперативного) контроля КМП осуществляется таким образом, чтобы по динамике отдельных индикаторов можно было бы прогнозировать динамику показателей состояния КМП и принимать своевременные меры по корректровке управленческих решений. Для промежуточного контроля КМП при акне в качестве временных индикаторов предлагается использовать: 1) наличие указаний на форму и степень тяжести акне в содержании диагноза; 2) назначение системных или топических антибактериальных препаратов в комбинации с адапаленом или бензоилпероксидом; 3) отсутствие монотерапии антибактериальными препаратами для системного или топического применения, а также их комбинации; 4) указания в карте амбулаторного наблюдения на наличие отрицательного теста на беременность за 11 дней до начала лечения изотретиноном женщин и на 2—3-й день менструального цикла, с первого дня которого начат прием препарата.

Заключение

В ходе ЭКМП, оказываемой больным акне, установлено, что удельный вес случаев оказания медицинской помощи надлежащего качества в разных КВД варьировал от 15 до 71% (в среднем составил 49%). Среднее количество ошибок в расчете на

1 случай оказания помощи колебалось от 0,29 до 1,4 (в среднем 0,73).

Ошибки медицинской помощи, оказываемой пациентам с акне, имели сходный характер и включали ошибки лечения, ошибки диагноза и реже — ошибки сбора информации. Ошибки лечения были обусловлены в первую очередь неверным назначением антибактериальных препаратов: сочетанием антибактериальных препаратов для системного и наружного применения или их назначением без адапалена и бензоилпероксида либо поздним назначением комедолитических препаратов. Ошибками содержания диагноза считали отсутствие в его формулировке указаний на форму и степень тяжести акне, а ошибками сбора информации — неполное описание дерматологического статуса и отсутствие обследования женщин у гинеколога для решения вопроса о необходимости применения комбинированных оральных контрацептивов, в том числе и при назначении изотретиноина.

Сходство характера ошибок медицинской помощи при акне, а также их высокий удельный вес при оказании медицинской помощи больным требуют разработки системных мероприятий по улучшению КМП этим больным и повторной экспертизы с применением индикаторов промежуточного (оперативного) контроля КМП. ■

Литература

- Leyden J.J. A review of the use of combination therapies for the treatment of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49 (3): 200—210 S.
- Smithard A., Glazebrook C., Williams H.C. Acne prevalence, knowledge about acne and psychological morbidity in mid-adolescence: a community-based study. *Br J Dermatol* 2001; 145 (2): 274—279.
- Gollnick H. et al. Can We Define Acne as a Chronic Disease? If So, How and When? *Am J Clin Dermatol* 2008; 9 (5): 279—284.
- Thiboutot D. et al. Acne Is Common, Complex, and Chronic. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60: S1.
- Guidelines on the procedure of examination of the quality of care in health facilities of St. Petersburg approved by the Health Committee of 03.05.2013, № 197-р. *Metodicheskie rekomendacii po poriadku provedenia expertizy kachestva medicinskoj pomoshi v uchregdeniah zdavoohraninia Sankt-Peterburga, utvergdenie Komitetom zdavoohranenia ot 03.05.2013 g. №197-r.* [Методические рекомендации по порядку проведения экспертизы качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Санкт-Петербурга, утвержденные Комитетом по здравоохранению от 03.05.2013 г. № 197-р.]
- Clinical practice guidelines for management of patients with acne. *Rossijskoe obshhestvo dermatovenerologov. M: DJEKS-PRESS* 2010; 28 s. [Клинические рекомендации по ведению больных акне. Российское общество дерматовенерологов, М: ДЭКС-ПРЕСС 2010; 28.]
- European Evidence-based (S3) Guidelines for the Treatment of Acne. A. Nast, B. Dre'no, V. Bettoli, K. Degitz, R. Erdmann, A. Y. Finlay, R. Ganceviciene, M. Haedersdal, A. Layton, J.L. Lopez-Estebarez, F. Ochsendorf, C. Oprica, S. Rosumeck, B. Rzany, A. Sammain, T. Simonart, N.K. Veien, M.V. Zivkovic, C.C. Zouboulis, H. Gollnick. *JEADV* 2012 Feb; 26 (Suppl. 1): 1—29.
- Guidelines of care for acne vulgaris management Work Group: John S. Strauss, MD, Chair, Daniel P. Krowchuk, MD, James J. Leyden, MD, Anne W. Lucky, MD, Alan R. Shalita, MD, Elaine C. Siegfried, MD, Diane M. Thiboutot, MD, Abby S. Van Voorhees, MD, Karl A. Beutner, MD, PhD, Carol K. Sieck, RN, MSN, I and Reva Bhushan, PhD. *J Am Acad Dermatol* 2007; 56: 651—63.
- New insights into the management of acne: An update from the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne Group. Diane Thiboutot, MD, and Harald Gollnick, MD et al. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60: S1—50.
- Chavpecov V.F., Kolabutyn V.M., Karachevceva M.A., Mihajlov S.M.; Uniform system of health care quality. *Zamestitel glavnogo vracha* 2009; № 9: 62—71. [Чавпецов В.Ф., Колабутич В.М., Карачевцева М.А., Михайлов С.М. Единая система управления качеством медицинской помощи. *Заместитель главного врача* 2009; № 9: 62—71.]
- Karachevceva M.A., Pahomov A.V., Mihajlov S.M. Chavpecov V.F. On the establishment of quality management systems of medical care in the areas of St. Petersburg. *Menegment kachestva v sfere zdavoohranenia* 2011; 3 (09): 51—56. [Карачевцева М.А., Пахомов А.В., Михайлов С.М., Чавпецов В.Ф. О создании систем управления качеством медицинской помощи в районах Санкт-Петербурга. *Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития*. 2011; 3 (09): 51—56.]
- Pashinan A.G., Elistratova I.V., Arutunan G.B. Examination of medical errors in dermatovenerology. *Vestn dermatol venerol* 2007; 4: 23—15. [Пашинян А.Г., Елистратова И.В., Арутюнян Г.Б. Экспертиза врачебных ошибок в дерматовенерологии. *Вестн дерматол венерол* 2007; (4): 23—25.]

13. Pashinan A.G., Djavaeva A.G., Arutunan G.B., Kiseleva I.A. Criteria of quality of registration of medical documentation. *Vestn dermatol venerol* 2009; 1: 15—17. [Пашинян А.Г., Джаваева Д.Г., Арутюнян Г.Б., Киселева И.А. Критерии качества оформления медицинской документации в лечебно-профилактических учреждениях дерматовенерологического профиля. *Вестн дерматол венерол* 2009; (1): 15—17.]
14. Kenikfest U.V. Condition of the medical care provided to children and teenagers who are sick with atopic dermatitis. *Uralskiy medicinskiy jurnal*; 8 (86): 27—28. [Кениксфест Ю.В. Состояние специализированной медицинской помощи, оказываемой детям и подросткам, больным атопическим дерматитом. *Уральский медицинский журнал* 2011; 8 (86): 27—28.]
15. Kungurov N.V., Zilberberg N.V., Ufimceva M.A. Sistem of monitoring of indicators of quality of the dermatovenerological care. X Vserossiiskaia konferencija dermatovenerologov: tes. nauch. rabot. M, 2006: 15. [Кунгуров Н.В., Зильберберг Н.В., Уфимцева М.А. Система мониторинга индикаторов качества дерматовенерологической помощи. X Всероссийская конференция дерматовенерологов: тез. науч. работ. М, 2006: 15.]
16. Kungurov N.V., Zilberberg N.V., Kohan M.M. Experience of creation of the office nomenclature of medical services. II Vserossiiskii congress dermatovenerologov: tes. nauch. rabot. Sankt-Petersburg 25—28 september 2007: 11—12. [Кунгуров Н.В., Зильберберг Н.В., Кохан М.М. Опыт создания учрежденческой номенклатуры медицинских услуг. II Всероссийский конгресс дерматовенерологов: тез. науч. работ. Санкт-Петербург 25—28 сентября 2007: 11—12.]
17. Lehmann H.P., Robinson K.A., Andrews J.S., Hol-loway V., Goodman S.N. Acne therapy: a methodologic review. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47: 231—240.
18. Barratt H., Hamilton F., Car J., Lyons C., Layton A., Majeed A. Outcome measures in acne vulgaris: systematic review. *Br J Dermatol* 2009; 160: 132—136.
19. Eady A.E., Cove J.H., Layton A.M. Is antibiotic resistance in cutaneous propionibacteria clinically relevant? Implications of resistance for acne patients and prescribers. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4: 813—31.
20. Chavpecov V.F., Karachevceva M.A., Mihajlov S.M., Gurinov P.V. Porjadok razrabotki vremennyh indikatorov kachestva lechebno-diagnosticheskogo processa po rezul'tatam jekspertizy kachestva medicinskoj pomoshhi: Metodicheskie rekomendacii. SPB: GOUVPO Sankt-Petersburgskaja gosudarstvennaja medicinskaja akademija im. I.I. Mechnikova Roszdrava 2007; 24. [Чавпецов В.Ф., Карачевцева М.А., Михайлов С.М., Гуринов П.В. Порядок разработки временных индикаторов качества лечебно-диагностического процесса по результатам экспертизы качества медицинской помощи: Методические рекомендации. СПб: ГОУВПО Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова Росздрава 2007; 24.]

 об авторах:

И.О. Смирнова — д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии медицинского факультета СПбГУ

М.А. Карачевцева — д.м.н., профессор кафедры организации здравоохранения и управления качеством медицинской помощи повышения квалификации ГОУВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Минздрава России, Санкт-Петербург

С.М. Михайлов — д.м.н., профессор, и.о. зав. кафедрой организации здравоохранения и управления качеством медицинской помощи повышения квалификации ГОУВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Минздрава России, Санкт-Петербург

Е.А. Куликова — врач-дерматовенеролог, СПб ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер»

И.С. Колова — врач-дерматовенеролог

Т.С. Смирнова — заслуженный врач Российской Федерации, к.м.н., врач-дерматовенеролог высшей квалификационной категории, главный врач СПб ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер»

В.Ю. Дудко — к.м.н., врач-дерматовенеролог высшей квалификационной категории, зам. главного врача по медицинской части СПб ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер»

Я.Г. Петунова — к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии медицинского факультета СПбГУ

Н.В. Шин — к.м.н., ассистент кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии медицинского факультета СПбГУ

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье