

УДК 612.63:612.393:616-036.8

ОРГАНІЗАЦІЯ ПИТАННЯ ВЕДЕННЯ ЛЕТАЛЬНИХ ВИПАДКІВ НА РАННЬОМУ ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Ю.І. Марков (Київ)

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Резюме. Наведено організаційні питання ведення летальних випадків на ранньому госпітальному етапі на прикладі протишокової палати Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги.

Ключові слова: смерть пацієнта, ранній госпітальний етап, протишокова палата.

Пацієнти, яких доправляють бригади швидкої медичної допомоги (ШМД) до приймального відділення лікарні швидкої медичної допомоги, відповідно до прийнятої практики, відразу підлягають обстеженню. Їм тут же надають невідкладну медичну допомогу. Нерідко хворих у тяжкому або вкрай тяжкому стані направляють до протишокової палати (ПШП), де анестезіологічна бригада проводить комплекс діагностично-лікувальних заходів для стабілізації життєво-важливих функцій. Найбільш складною та важливою вимогою до анестезіолога є його вміння чітко і правильно діяти в критичних ситуаціях [1]. На жаль, інколи врятувати людське життя не вдається. І обстановка, в якій наступають летальні випадки, зокрема, стосунки персоналу і рідних, далеко неідеальна [4]. Крім сумнівів родичів щодо повноти охоплення діагностики і якості лікування, існує психологічна напруга при очікуванні результату експертної оцінки історії хвороби, якщо громадянин був застрахованим. Це обумовлює підвищені вимоги до ведення медичної документації. У разі кримінального генезу травми, нещасного випадку чи отруєння чіткість ведення медичної документації має важливе значення для вирішення правових питань. Наведені факти свідчать про актуальність проблеми смерті пацієнта на ранньому госпітальному етапі.

Мета роботи – поліпшити організацію ведення летальних випадків на ранньому госпітальному етапі.

Матеріали та методи

Проведено ретроспективний аналіз існуючих підходів організаційного характеру щодо подальшого ведення хворих, які надійшли у вкрай тяжкому клінічному стані до ПШП Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги (КМК ЛШМД) і там рап-

тово померли під час надання їм невідкладної медичної допомоги. Протишокові палати є раннім госпітальним етапом надання невідкладної медичної допомоги пацієнтам у тяжкому клінічному стані.

Визначено такі статистичні показники: середньо-арифметичні величини (M), похибки середніх величин ($\pm m$). Достовірність різниці двох порівнюваних величин оцінено за критерієм Стьюдента (t) з визначенням значущості порівнюваних груп (p). Критичне значення рівня значущості – 0,05.

Результати дослідження та їх обговорення

У роботі порівнювали показники летальності за перші (1996–2002 рр.) та за наступні 7 років функціонування ПШП (2003–2009 рр.). Показник летальності протягом першого періоду становив $3,1 \pm 0,6\%$, другого – $1,2 \pm 0,2\%$. Отримані дані свідчать про достовірність ($p < 0,05$) різниці величин летальності досліджуваних груп. У 1996–2002 рр. відшукували оптимальні адміністративні підходи організації і управління роботою ПШП. Поступово окреслили оптимальний на сьогоднішній день статус ПШП, яка з 2003 р. стала структурним підрозділом відділення інтенсивної терапії загального профілю (ВІТ ЗП), а територіально знаходиться поблизу приймального відділення. Більш високий рівень летальності на початковому етапі свідчить про «незрілість» адміністративних механізмів організації ПШП та відсутність чіткої злагодженої роботи персоналу. Тому ми вивчали роботу ПШП у той період (2003–2009 рр.), коли палата стала функціональним підрозділом ВІТ ЗП.

Серед важливих чинників, які суттєво впливають на показники роботи ПШП, є зворотний зв'язок з адмі-

Таблиця

Летальність на ранньому госпітальному етапі за профілем відділень у 2008–2009 рр.

Відділення	Рік			
	2008		2009	
	абс.	%	абс.	%
Невідкладна терапія	7	31,8	6	35,3
Політравма	7	31,8	3	17,6
Абдомінальна хірургія	3	13,6	3	17,6
Нейрохірургія	2	9,1	2	11,8
Токсикологія	–	–	2	11,8
Судинна хірургія	1	4,6	1	5,9
Спецтравматологічне	2	9,1	–	–
Усього	22	100	17	100

ністрацією станції швидкої медичної допомоги та медицини катастроф (СШМД та МК) м. Києва, у практиці роботи працівників якої був раніше відпрацьований механізм: у разі смерті пацієнта в машині ШМД поблизу КМК ЛШМД його доправляли до ПШП, де черговий лікар-анестезіолог повинен був вирішувати організаційні питання: констатувати смерть (чи навпаки), визначати обсяг і тривалість надання необхідної допомоги тощо. Це часто призводило до непорозуміння між медичним персоналом обох сторін і перенавантаження лікарів-анестезіологів анестезіологічного підрозділу ВІТ ЗП. Адміністрації КМК ЛШМД і СШМД та МК узгодили позиції обох сторін усно та задокументували листом КМК ЛШМД від 02.04.2001 р. № 358 (далі – лист) на ім'я головного лікаря ШМД (тепер СШМД та МК). У листі запропонували відповідну редакцію інструктивної вказівки щодо того, як необхідно діяти у разі раптової смерті пацієнта під час госпіталізації, а саме:

- 1) хворі (потерпілі) з ознаками біологічної смерті «залишаються» за бригадами ШМД;
- 2) хворі (потерпілі), доставлені до лікарні у стані клінічної смерті у разі, коли реанімаційні заходи не відновлюють кровообіг протягом 20 хв., «залишаються» за бригадами ШМД;
- 3) хворі (потерпілі), доставлені до лікарні у термінальному стані (якщо він не обумовлений важким хронічним захворюванням у стадії декомпенсації), яким надавали адекватну допомогу в межах можливості бригад ШМД, а клінічна смерть виникла під час огляду хворого (потерпілого) черговим лікарем, «залишаються» за приймальним відділенням.

Лист завірено підписами адміністрації КМК ЛШМД в особі головного лікаря, його заступників та завідувачів кафедр Київської (сьогодні – Національної) медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика – швидкої медичної допомоги (нині – медицини невідкладних станів) та анестезіології і інтенсивної терапії. Такий підхід дав змогу вирішити організаційні питання на міждисциплінарному рівні. Протягом перших років (1996–2002) працівники СШМД та МК пристосовувалися до чітких правил зарахування летальних наслідків (або, навпаки, їх відмовою), у подальшому (2003–2009 рр.) вони спрацьовували бездоганно і непорозуміння не виникало.

Спочатку основною метою створення ПШП було поліпшення лікування пацієнтів хірургічного профілю, зокрема, з тяжкими ураженням травматичного характеру (політравмою). При цьому передбачалося зниження показників добової та загальної летальності, насамперед зазначеного контингенту постраждалих.

Однак останніми роками зросла кількість пацієнтів нехірургічного профілю з електротравмою, станом після утоплення чи повішення, із загальним переохолодженням; алкогольною інтоксикацією та іншими екзогенними отруєннями. Такі випадки є профільними для відділень відповідно невідкладної терапії та токсикології.

За останні два роки найвищі показники летальності у ПШП зафіксовано серед пацієнтів відділень невідкладної терапії та політравми (табл.). Практично кожний третій летальний випадок зареєстровано у відділенні невідкладної терапії. Це значною мірою пов'язано з тяжкими нозологічними формами. Але

важливим є поєднання кількох чинників. Найважливіші з них — це гіпотермія та алкогольна інтоксикація (особливо у холодну пору року).

Серед померлих було 6 пацієнтів (15,3%), у яких констатовано одночасний вплив 2 патологічних чинників (низька температура навколишнього середовища та алкоголь).

Усі летальні наслідки (100%) відділення політравми пов'язані з наявністю травми, несумісної з життям — пацієнти були доправлені до ПШП у термінальному стані. Пацієнти відділень порожнинної (абдомінальної) хірургії та судинної хірургії надходили з геморагічним шоком IV ступеня. Серед померлих хворих відділення токсикології в одному випадку причиною було запізнити звернення по медичну допомогу (як наслідок, запізнити госпіталізація), в іншому — розвиток ускладнень з боку життєво-важливих органів під час госпіталізації. Подібні випадки об'єднують терміном «запізнити несвоечасна діагностика», коли вірний діагноз, вказаний у заключному клінічному діагнозі, виставлено у термінальній стадії хвороби, а лікувальні заходи вже неможливі або неефективні [2].

Після летального наслідку та констатації смерті лікуючий (черговий) лікар і/або завідувач відповідного клінічного відділення разом з підлеглим медичним персоналом мають виконати цілу низку умов, у т.ч. організаційного характеру [3]:

- оформити медичну карту стаціонарного хворого (історії хвороби) — зробити запис про смерть у розділі «Щоденники динамічного спостереження», сформулювати заключний клінічний діагноз, оформити титульний лист історії хвороби та посмертний епікриз;
- сповістити родичів померлого про смерть;
- ізолювати, обробити та маркірувати труп;
- організувати транспортування трупа до патологоанатомічного відділення (моргу);

- забезпечити направлення історії хвороби померлого до моргу та присутність лікаря на патологоанатомічному розтині трупа;
- зустрітися та провести бесіду з родичами померлого.

Останньому питанню слід приділити особливу увагу. Є факти судових позовів, пов'язаних саме з деонтологічними помилками, коли у разі смерті пацієнта персонал закладу охорони здоров'я замість того, щоб відразу провести бесіду з родичами, закриває перед ними двері. У такій ситуації родичі, як правило, звинувачують лікарів у порушенні правил надання медичної допомоги. Така модель поведінки лікарів спричиняє виникнення претензій навіть у тих випадках, коли смерть пацієнта абсолютно не пов'язана з дефектами надання медичної допомоги [5].

Для уникнення подібних недоліків і поліпшення ведення летальних наслідків на ранньому госпітальному етапі необхідно: дотримуватися інструкцій та інших підходів організаційного характеру (ретельно вести документацію, проводити ранню діагностику та обґрунтувати агресивну тактику надання невідкладної медичної допомоги, своєчасно сповістити родичів про смерть пацієнта та провести з ними бесіду).

Висновки

1. Для поліпшення ведення летальних випадків на ранньому госпітальному етапі слід ретельно дотримуватися існуючих інструкцій та обов'язкових організаційних заходів.
2. Необхідно уникати деонтологічних та інших помилок, у т.ч. організаційного характеру.
3. Потрібно чітко вести медичну документацію.

Перспективи досліджень полягають у подальшому вивченні питання щодо організації ведення летальних випадків на ранньому госпітальному етапі.

Список літератури

1. Габа Д. М. Критические ситуации в анестезиологии / Д. М. Габа, К. Дж. Фиш, С. К. Хауард ; пер. с англ. — М.: Медицина, 2000. — 440 с.
2. Отсутствие лечения при своевременно установленном диагнозе может явиться причиной смерти / А. А. Старченко, М. П. Карпачева, М. Ю. Фуркалюк [та ін.] // Клиническая анестезиология и реаниматология. — 2006. — Т. 3. — № 6. — С. 32–40.
3. Разумовский А. В. Смерть пациента в стационаре и действия медицинского персонала: методические рекомендации / А. В. Разумовский, В. В. Лебедев. — Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2008. — 108 с.
4. Франсуа Л. Этические и правовые аспекты прекращения поддержания жизненных функций в европейских странах / Л. Франсуа // Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии (особая папка) / под ред. Э. В. Недашковского. — Архангельск, 2006. — С. 211–214.
5. Хапий Х. Х. Правовые аспекты деятельности врача / Х. Х. Хапий, А. А. Старченко, Е. М. Шифман. — Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. — 344 с.

Организация вопроса ведения летальных случаев на раннем госпитальном этапе

Ю.И. Марков (Киев)

Представлены организационные вопросы ведения летальных случаев на раннем госпитальном этапе на примере противошоковой палаты Киевской городской клинической больницы скорой медицинской помощи.

Ключевые слова: смерть пациента, ранний госпитальный этап, противошоковая палата.

Conducting of lethal cases at an early hospital stage

Yu.I. Markov (Kyiv)

Conducting of lethal cases at early hospital stage on the example of antishock chamber of Kyiv city clinical hospital of the first help have been considered.

Key words: patient's death, early hospital stage, antishock chamber.

Рецензент: д-р мед. наук, проф. Л.А. Чепелевська.