

ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА ДОДОБОВОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ЛІКАРНІ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ)

Дана робота виконана у відповідності з плановою тематикою основного плану науково-дослідної роботи кафедри судової медицини Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика «Судово-медична оцінка вогнепальних ушкоджень тіла і одягу», № держ. реєстрації 0106V009578.

Вступ. Складна медико-демографічна ситуація в Україні обумовлена значною мірою негативними тенденціями смертності населення. Рівень її перевищує рівень народжуваності та призводить до депопуляризації, зменшення чисельності населення [5]. Вивчення різноманітних аспектів надання медичної допомоги, особливо екстреної, як на догоспітальному, так і ранньому госпітальному етапах, сприяє покращенню якості в системі охорони здоров'я. Якість в охороні здоров'я – це складна, багатокомпонентна система, в основі якої покладено сукупність принципів, що характеризують ефективність, економічність, адекватність, своєчасність, доступність, достатність процесів щодо охорони здоров'я людини (населення) на рівні науково-технічних досягнень в сучасний період [3,4]. У зв'язку з високим рівнем несприятливих наслідків при наданні екстреної медичної допомоги на догоспітальному і ранньому госпітальному етапах виникає необхідність вивчення причин таких дефектів лікування з метою визначення причинно-наслідкових зв'язків. Взаємодія медичних працівників на різних етапах медичної допомоги забезпечує її наступність. Одним із показників, який відображає наступність екстреної медичної допомоги на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах, є дододобова летальність [1,6]. Основою кваліфікації дефектів надання медичної допомоги є встановлення причинно-наслідкового зв'язку між діями лікаря і негативними наслідками для здоров'я пацієнта. Для того, щоб у повній мірі зрозуміти причини неналежного надання медичної допомоги, слід проаналізувати дододобову летальність. Дослідженню останньої у закладі охорони здоров'я й була присвячена дана публікація.

Метою дослідження було провести статистичний аналіз випадків дододобової летальності у Київській міській клінічній лікарні №5 для подальшого виявлення основних причин дефектів у випадках проведення судово-медичних експертиз.

Об'єкт і методи дослідження. Проведено ретроспективний аналіз 51 випадків дододобової летальності у Київській міській клінічній лікарні (КМКЛ) №5

за 2009 р. У дослідженні було проаналізовано історії хвороб (карта стаціонарного хворого) померлих, що знаходилися в архіві КМКЛ №5 та супровідні талони бригад ЕШМД (що знаходилися в картах стаціонарного хворого). Отримані дані підлягали статистичній обробці за допомогою програм STATISTICA 5,0 та Excel XP. Визначали такі статистичні показники: середньоарифметичні величини (М), похибки середніх величин ($\pm m$). Достовірність різниці двох порівнюваних величин оцінювали за критерієм Стьюдента (t) з визначенням значимості зрівнюваних груп (p). Критичне значення рівня значимості приймалося $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення.

Летальні випадки аналізували за віком, статтю, тривалістю знаходження пацієнта (лікування) у стаціонарі, госпіталізація за направленням поліклініки за місцем проживання чи за направленням медичних працівників самої ж екстреної (швидкої) медичної допомоги (ЕШМД), кварталом року (в якому трапився летальний наслідок), наявністю чи відсутністю розходження діагнозу медичних працівників ЕШМД та патоморфологічним діагнозом, відділення стаціонару, до якого було госпіталізовано пацієнта. Також оцінювали догоспітальний етап за такими напрямками: чи був виконаний внутрішньовенний доступ, чи здійснювалась фармакотерапія, оксигенотерапія та електрокардіографія працівниками ШМД.

В результаті досліджень були отримані наступні дані.

Середній вік померлих – $67,45 \pm 1,73$ р. Серед померлих 25 (49,01%) осіб чоловічої статі та 26 (50,99%) осіб жіночої статі. Середній вік померлих: чоловіків – $66,24 \pm 2,58$ р., жінок – $68,61 \pm 2,34$ р.

Тривалість лікування до настання летального випадку поділяли на наступні градації (від моменту поступлення): до 3-х год. – 15 (29,41%) спостережень, від 3-х до 6 год. – 7 (13,72%) випадків, від 6 до 12 год. – 16 (31,38%) спостережень, від 12 до 24 год. – 13 (25,49%) випадків.

Пацієнтів, доправлених до лікарні ШМД, було госпіталізовано за направленням амбулаторно-поліклінічних закладів – 8 (15,69%) випадків та за направленням співробітників самої ж ШМД – 43 (84,31%) спостереження.

Захворюваннями, що призвели до летального наслідку, були хвороби системи кровообігу у 37 (72,59%) спостереженнях та інші захворювання – 14 (27,41%) випадків.

Таблиця
Розподіл померлих за різними показниками

№з/п	Показник	n=51	%,M
1	Стать померлих		
	чоловіча	25	49,01
	жіноча	26	50,99
2	Тривалість лікування до настання летального випадку		
	до 3-х год.	15	29,41
	від 3 до 6 год.	7	13,72
	від 6 до 12 год.	16	31,38
	від 12 до 24 год.	13	25,49
3	Госпіталізація за направленням:		
	швидкої меддопомоги	43	84,31
	поліклініки	8	15,69
4	Діагноз		
	хвороби системи кровообігу	37	72,59
	інші захворювання	14	27,41
3	Квартали року:		
	1	9	17,64
	2	13	25,49
	3	15	29,42
	4	14	27,45
4	Розходження діагнозу з патоморфологічним		
	Було	11	21,57
	Не було	40	78,43
5	ЕКГ		
	здійснювалося	5	9,8
	не здійснювалося	95	90,2
6	Внутрішньовенний доступ		
	здійснювався	32	62,74
	не здійснювався	19	37,26
7	Фармакотерапія		
	здійснювалася	39	76,48
	не здійснювалася	12	23,52
9	Інгаляція кисневий		
	здійснювався	16	31,38
	не здійснювався	35	68,62
10	Відділення, в яких лікувалися хворі		
	терапії	16	31,37
	інфарктне	29	56,87
	хірургічне	6	11,76
11	Групи хворих за часом поступлення		
	I	4	7,84
	II	14	27,45
	III	9	17,65
	IV	7	13,72
	V	9	17,65
	VI	8	15,69

Летальні наслідки констатовано: у I кварталі 2009 р. – 9 (17,64%) випадків, у II кварталі 2009 р. – 13 (25,49%) спостережень, у III кварталі – 15 (29,42%) випадків, у IV кварталі – 14 (27,45%) спостережень.

Встановлено розходження діагнозу медичних працівників ШМД з патоморфологічним діагнозом – у 11 (21,57%) спостереженнях та відсутність розходження у – 40 (78,43%) випадках. У 10 (90,91%) спостереженнях розходження діагнозу медичними працівниками ШМД на догоспітальному етапі було зумовлено невиконанням ЕКГ, хоча у всіх хворих були покази до зняття ЕКГ, а 3 (30%) з них госпіталізували у інфарктне відділення.

Лише 32 (62,74%) пацієнтам було здійснено внутрішньовенний доступ на догоспітальному етапі з метою введення ліків чи виконання інфузійної терапії. 19 (37,26%) пацієнтів такий доступ працівниками ШМД не був виконаний. Фармакотерапія була проведена на етапі ШМД 39 (76,48%) пацієнтам, а 12 (23,52%) хворим її не здійснювали.

Інгаляцію кисню на догоспітальному етапі виконували 16 (31,38%) хворим. А 35 (68,62%) пацієнтам на етапі ШМД медичними працівниками кисневу терапію не здійснювали.

Летальні випадки констатовано у пацієнтів, що лікувалися у наступних відділеннях: терапії – 16 (31,37%) спостережень, інфарктному відділенні – 29 (56,87%) випадків, хірургії – 6 (11,76%) спостереженнях.

Лише у 5 (9,80%) спостереженнях на догоспітальному етапі було виконано ЕКГ-дослідження.

Порівняння груп померлих дододово за часом поступлення до лікарні.

Пацієнти поступали до стаціонару у наступні проміжки часу доби: I – 6 год. 00 хв. – 9 год. 59 хв. (4 – 7,84% хворих); II – 10 год. 00 хв. – 13 год. 59 хв. (14 – 27,45% пацієнтів); III – 14 год. 00 хв. – 17 год. 59 хв. (9 – 17,65% хворих); IV – 18 год. 00 хв. – 21 год. 59 хв. (7 – 13,72% пацієнтів); V – 22 год. 00 хв. – 1 год. 59 хв. (9 – 17,65% хворих); VI – 2 год. 00 хв. – 5 год. 59 хв. (8 – 15,69% пацієнтів) (табл.).

Як видно із рис., найбільша кількість померлих дододово спостерігається серед пацієнтів, що поступили до стаціонару саме в II проміжок часу – з 10 год. 00 хв. по 13 год. 59 хв. (27,45% пацієнтів). Найменша кількість померлих спостерігалася серед пацієнтів, що поступили до стаціонару у I проміжку часу – 6 год. 00 хв. – 9 год. 59 хв. (4 – 7,84% хворих). Таким чином, спростовується думка про те, що увага медичного персоналу ослаблена саме в нічний час доби при роботі з тяжкими пацієнтами, що співпадає з даними інших авторів [2,7,8]. Максимальні цифри летальності спостерігаються саме серед пацієнтів, які поступили до лікувального закладу робочий час, коли на допомогу черговому персоналу можуть прийти як завідувач відділенням, так і більш досвідчені колеги.

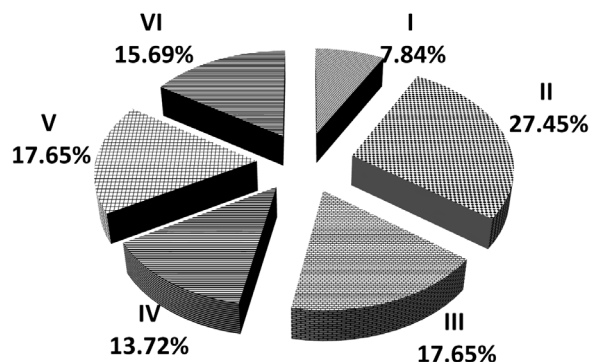


Рис. Розподіл померлих дододово за часом поступлення пацієнтів до лікарні у різні інтервали доби, %.

Висновки і перспективи подальших досліджень у даному напрямку.

Отже, проведений аналіз випадків дододової летальності у Київській міській клінічній лікарні №5 за 2009 р. свідчить про те, що:

1. Середній вік померлих був більшим за працездатний ($67,45 \pm 1,73$ р.). Серед померлих пацієнтів кількість осіб чоловічої та жіночої статі була практично однаковою (49,01 % та 50,99 %, відповідно).

2. Серед померлих найбільшу кількість склали пацієнти, які перебували на лікуванні від 6 до 12 годин (31,38 %); найбільша ж кількість померлих дододово – була серед пацієнтів, які поступали до стаціонару у проміжок часу з 10 год. 00 хв. по 13 год. 59 хв. (27,45 % пацієнтів), що припадає на першу половину робочого дня. Все це може свідчити про наявність недовліків організаційного характеру у лікувальному закладі.

3. Більшість пацієнтів було госпіталізовано до стаціонару за направленням ЕШМД (84,31 %) і тільки менша кількість – за направленням поліклініки, що може свідчити або про низький рівень звертання пацієнтів до поліклінічних закладів, або ж про недостатній рівень запобіжних заходів з боку лікарів амбулаторій щодо настання загрозливих для життя станів.

4. Більшість летальних випадків було констатовано у пацієнтів, що лікувалися в інфарктному відділенні (56,86 %), максимальну кількість захворювань, що призвели до летального наслідку, склали хвороби системи кровообігу (72,59 %), що в цілому співпадає з даними інших літературних джерел щодо причин смертності населення. При цьому, більшість летальних випадків припадала на осінній квартал року, що збігається з підйомом загострення хвороб саме в цей період.

5. Розходження діагнозу медичних працівників ШМД з патоморфологічним діагнозом спостерігалось у 21,57 % випадках, що може вказувати на недоліки діагностування і свідчити про те, що невірно встановлений діагноз міг бути результатом недообстеження хворих на догоспітальному етапі.

6. У переважній більшості випадків (90,91 %) розходження діагнозу медичних працівників ШМД з патоморфологічним діагнозом було зумовлено невиконанням пацієнтам ЕКГ, що свідчить про порушення нормативних та регламентуючих документів щодо проведення діагностичних заходів для підтвердження діагнозу.

7. Лікування на догоспітальному етапі слід вважати неадекватним, тактично невірним та проведеним не в повному обсязі, оскільки у 37,26 % не був виконаний внутрішньовенний доступ, у 23,52 % не здійснювалася фармакотерапія, у 68,62 % не проводилася інгаляція киснем, що є також порушенням нормативних документів (стандартів надання медичної допомоги і клінічних протоколів надання лікування та інше), затверджених Міністерством охорони здоров'я України та регламентуючих об'єм і характер необхідних клініко-діагностичних досліджень хворих із різними захворюваннями.

Узагальнюючи викладене вище, є підстави вважати, що дані проведеної експертної оцінки дододової летальності однієї із багатопрофільних лікарень дозволяють об'єктивно аналізувати дефекти надання медичної допомоги та виявити основні причини цих дефектів у випадках проведення судово-медичних експертиз з приводу якості надання медичної допомоги.

Література

1. Александрова О. С. Ретроспективный анализ причин смерти пострадавших с открытой и закрытой травмами живота / О. С. Александрова, И. Р. Николайчик // Экстренная медицина. – 2012. – № 1. – С. 76-88.
2. Оценка госпитального этапа оказания скорой медицинской помощи больным при досуточной летальности / Валеев З. Г. [та ін.] // Казанский медицинский журнал. Эпидемиология и организация здравоохранения. – 2013. – Т. 94, №1 – С. 111-114.
3. Сміянов В. А. Визначення якості медичної допомоги та концепції її розвитку / В. А. Сміянов // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2011. – № 1. – С. 86-95.
4. Федчишин Н. Є. Вартісна оцінка швидкої медичної допомоги в Тернополі / Н. Є. Федчишин // Вісник соціальної гігієни. – 2011. – № 4. – С. 106-108.
5. Чепелевська Л. А. Медико-соціальні особливості смертності населення України / Л. А. Чепелевська // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 4 (16). – С. 37-42.
6. Klein K. R. Mass medical evacuation: Hurricane Katrina and nursing experiences at the New Orleans airport / K. R. Klein, N. E. Nagel // Disaster Manag. Response. – 2007. – Vol. 5, №2. – P. 56-61.
7. Stroke mortality, clinical presentation and day of arrival: the Atherosclerotic Risk In Communities (ARIC study) / E. C. O'Brien, K. M. Rose, E. Shakar [et al.] // Stroke Res Treat. – 2011. – Vol. 2011. – P. 1-8.
8. Weekends: a dangerous time for having stroke / G. Saposnik, A. Baibergenova, N. Bayer [et al.] // Stroke. – 2007. – Vol. 38. – P. 121-125.

УДК 340. 6: 614. 23/. 25: 616-036. 8

ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА ДОДОВОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ЛІКАРНІ

Плетенецька А. О.

Резюме. У дослідженні проаналізовано історії хвороб померлих, що

знаходилися в архіві багатопрофільної лікарні, та супровідні талони бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги з історій хвороб, зокрема, випадки дододової летальності. Ці випадки були розподілені за віком,

статтю, тривалістю знаходження пацієнта (лікування) у стаціонарі, госпіталізацією за різними напрямленнями та іншими ознаками. Також оцінювали догоспітальний етап за деякими напрямками.

Ключові слова: медична допомога, догоспітальний етап, діагноз, судово-медична експертиза.

УДК 340. 6: 614. 23/. 25: 616-036. 8

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ДОСУТОЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Плетенецкая А. А.

Резюме. В исследовании проанализированы истории болезней умерших, находившихся в архиве многопрофильной больницы, и сопроводительные талоны бригад экстренной (скорой) медицинской помощи из историй болезней, в частности, случаи досуточной летальности. Эти случаи были распределены по возрасту, полу, продолжительности нахождения пациента (лечение) в стационаре, госпитализацией по разным направлениям и другим признакам. Также оценивали догоспитальный этап по некоторым направлениям.

Ключевые слова: медицинская помощь, догоспитальный этап, диагноз, судебно-медицинская экспертиза.

UDC 340. 6: 614. 23/. 25: 616-036. 8

Expert Analysis of the Lethality of Versatile Hospital up to 24 Hours

Pletenetskaya A. A.

Abstract. Stories of diseases of the dead persons, which were in archive of versatile hospital and accompanying coupons of crews of the emergency medical service from stories of diseases, were analysed in this research. Cases of a lethality up to 24 hours were analysed. These cases were distributed on age, sex, duration of finding of the patient (treatment) in a hospital, hospitalization in the different directions and other signs. Prehospital stage estimated in on some directions.

Thus, the analysis of a lethality during time less than 24 hours in Kyiv City Clinical Hospital № 5 for 2009 indicates that:

1. The average age of the deceased was older than functional age ($67,45 \pm 1,73$) Among the deceased patients the number of male and female was almost equal (49.01 % and 50. 99%, respectively).

2. The greatest number of dead patients were among those who was in the treatment from 6 to 12 hours (31. 38%); the highest number of deaths before 24 hours – was among those who came to the hospital in time span of 10 hours. 00 minutes. for 13 hours. 59 minutes. (27.45% of patients), which accounts for the first half of the working day. All this may indicate the presence of organizational defects in the hospital.

3. Most patients were hospitalized in permanent establishment to direction of EMC (84.31 %) and only less part to direction of policlinic, that can testify or at the low level of appeal of patients to policlinic establishments, or about insufficient level of preventive measures from doctors of out-patient's clinics in relation to the offensive of the life threatenings.

4. Most deaths were ascertained in patients treated in the department of infarct (56.86%), the maximum number of diseases resulting in death, were circulatory system diseases (72.59%), which generally coincides with the data of other literature on the reasons for mortality. At the same time, the majority of deaths in the autumn quarter of the year, coincides with the rise of acute diseases during this period.

5. Difference of diagnosis medical workers EMC and pathological diagnosis was observed in 21.57% of cases, which may indicate the shortcomings of diagnosing and testify that incorrectly diagnosed could be the result of insufficient examination of patients in prehospital stage.

6. In the majority of cases (90.91 %) differences diagnosis of medical workers EMC and pathological diagnosis was due to the failure of ECG, it evidence of inappropriate regulations and regulatory documents to conduct diagnostic procedures to confirm the diagnosis.

7. Treatment at prehospital stage is deemed inadequate, tactically wrong and spent not fully, as 37.26% was not performed intravenous access 23.52%, pharmacotherapy wasn't performed in 68.62%, oxygen inhalation wasn't carried out, which is also torn down normative documents (standards of care and clinical protocols providing treatment etc.), approved by the Ministry of Health of Ukraine, which regulate the volume of the needed clinical – diagnostic studies of patients with various diseases.

In summary, there is reason to believe that the expert assessment lethality up to 24 hours in one of the general hospitals allow objectively analyze the defects of care and to identify the main causes of these defects in cases of forensic examinations of quality of medical care.

Keywords: medical care, prehospital stage, diagnosis, forensic medical examination.

Рецензент – проф. Мішалов В. Д.

Стаття надійшла 19. 05. 2014 р.