

О некоторых дефектах диагностики и их причинах при оказании экстренной кардиологической помощи

Ю.Д. Сергеев, Ю.В. Бисюк

Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова, Москва; Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1. Воронеж, Россия

Some diagnostic defects and their causes in emergency cardiac care

Yu.D. Sergeev, Yu.V. Bisyuk

I.N. Sechenov Moscow Medical Academy, Moscow; City Clinical Hospital for Emergency Medical Care № 1. Voronezh, Russia

Цель. Проанализировать ошибки диагностики, выявить объективные и субъективные факторы, способствующие ненадлежащему оказанию экстренной кардиологической помощи (ЭКП).

Материал и методы. Изучены 2 тыс. медицинских карт больных, госпитализированных с инфарктом миокарда (ИМ) и острым коронарным синдромом.

Результаты. Неблагоприятные исходы имели место в 312 случаях (15,6 %), из них дефекты диагностики составили 83,3 %. В 52,6 % причиной послужила недостаточная квалификация врачей; достаточно частой была небрежность на этапе диагностики и лечения (48,4 %); в 44,6 % случаев — спешка; недостаточная квалификация и небрежность сочетались с ограниченностью как специалиста в 34,6 %. Высока доля случаев, где фигурировали: невнимательность врачей — 21,5 %, неуверенность (19,6 %), обусловленные недостаточным уровнем квалификации. В 11,5 % случаев отмечена самоуверенность врача, что нашло отражение в недооценке жалоб, анамнеза, клинической симптоматики, приведшей к несвоевременной диагностике ИМ и нестабильной стенокардии.

Заключение. Постоянное и систематическое изучение структуры дефектов при оказании ЭКП, их причин и источников позволит повысить качество ее оказания на всех этапах и существенно снизить риск возникновения судебных исков со стороны пациентов и их родственников.

Ключевые слова: дефекты, ошибки, экстренная кардиологическая помощь, ненадлежащее оказание медицинской помощи, неблагоприятный исход.

Aim. To analyze diagnostic defects and to identify objective and subjective factors causing inadequate emergency cardiac medical care (ECMC).

Material and methods. Two thousand medical histories of patients hospitalized with myocardial infarction (MI) and acute coronary syndrome, were analyzed.

Results. Adverse outcomes were registered in 312 cases (15,6 %), including diagnostic defects in 83,3 %. The causes included inadequate doctor qualification (52,6 %), diagnostics and treatment inaccuracy (48,4 %), haste (44,6 %), or combination of inadequate qualification, inaccuracy, and specialist incompetence (34,6 %). Low doctor qualification resulted in inattentiveness (21,5 %) and uncertainty (19,6 %). Over-self-assurance (11,5 %), associated with underestimation of complaints, anamnesis, or clinical data, caused late MI and unstable angina diagnostics.

Conclusion. Continuous analysis of ECMC defects, their causes and sources could improve ECMC quality and decrease the risk of legal actions initiated by patients and their relatives.

Key words: Defects, mistakes, emergency cardiac medical care, inadequate medical care, adverse outcome.

В процессе оказания экстренной медицинской помощи (ЭМП) медицинские работники, и в первую очередь врачи, берут на себя моральную, и, что очень важно, юридическую ответственность за качество и последствия своих действий; при этом они вступают в определенные правовые отношения с пациентами и их родственниками. Результат этих действий определяется значительным количеством объективных и субъективных факторов [1,2].

Своевременное выявление и анализ дефектов оказания медицинской помощи (ДОМП) являются одними из важнейших направлений в лечебно-профилактической работе. В каждом конкретном случае ДОМП должны быть установлены характер дефекта, его причина, влияние на исход, а также лица, допустившие дефект [3,4].

С целью обнаружения и качественного анализа дефектов и их причин при оказании ЭМП были изучены 2 тыс. медицинских карт больных, госпитализированных с инфарктом миокарда (ИМ) и острым коронарным синдромом (ОКС). Неблагоприятные (летальные) исходы были зафиксированы в 312 случаях (15,6%). Из них у 275 (88,1%) пациентов на догоспитальном и раннем госпитальном этапах диагностирован ИМ, у 37 (11,9%) — ОКС, впоследствии верифицированный как ИМ с зубцом Q (Q-ИМ) или ИМ без зубца Q (неQ-ИМ). Во всех 312 случаях имели место фатальные осложнения ИМ.

Поскольку до настоящего времени не существует утвержденных Минздравсоцразвития РФ стандартов-протоколов ведения больных ИМ и ОКС, при анализе качества диагностики и лечения в основном ориентировались на клинические рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов, а также рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи в отделениях экстренной помощи стационаров, разработанные Санкт-Петербургским НИИ скорой медицинской помощи им. И.И. Джанелидзе.

Дефекты диагностики были выявлены в 216 случаях оказания ЭМП (69,2%) из 312 летальных исходов, зарегистрированных в стационарах.

Неудовлетворительное качество описания жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни отмечено в 8,3%, 20,8% и 21,8% медицинских карт стационарного больного, соответственно. В 57,5% случаев эти дефекты сочетались.

При описании жалоб (8,3%) в структуре дефектов диагностики в медицинских картах не были указаны: локализация болей, причины и условия их возникновения, характер, продолжительность, иррадиация, чем купировались, имела место ошибочная интерпретация эквивалентов ангинозных болей. В большинстве случаев отмечено сочетание дефектов в сборе жалоб.

При описании анамнеза заболевания врачи не указывали время появления симптомов болезни, их характер, интенсивность; отсутствовали сведения о

проводимом ранее лечении ишемической болезни сердца (ИБС), и как оно влияло на течение болезни. Данный дефект составил 20,8%.

Значительное число дефектов выявлено при описании анамнеза жизни — 47 случаев (21,76%). Врачи не указывали перенесенные ранее заболевания, не выясняли наличие неблагоприятных условий жизни и труда. Сочетание дефектов данной группы отмечено в 21,28%.

Дефекты в описании объективного статуса обнаружены в 78 случаях (36,1%): не указывались характеристики пульса — ритм, частота, напряжение, наполнение, величина, форма; локализация верхушечного толчка сердца; его перкуторные границы; крайне скудным было описание результатов аускультации сердца и легких. В 6,4% случаев аускультативная картина легких вообще отсутствовала.

Необходимо пояснить, что при оценке обнаруженных многочисленных дефектов по описанию жалоб, анамнеза и статуса следует учитывать сложность работы врачей, оказывающих ЭМП, когда записи о первичных осмотрах носят редуцированный характер по объективным причинам. Однако анализировались не только записи, сделанные при первичном осмотре больных, но и последующие записи в медицинских картах, когда у врачей уже было время уточнить данные анамнеза, более детально провести физикальное обследование. Однако выяснилось, что это делалось ненадлежащим образом в большинстве изученных случаев; связаны эти дефекты были как с субъективными особенностями самих врачей, так и с недостатками в организации работы.

На догоспитальном и раннем госпитальном этапах электрокардиография (ЭКГ) остается одним из наиболее информативных методов диагностики ИМ. В типичных случаях ЭКГ-диагностика ИМ не представляет особых трудностей, однако при ОКС, включающем неQ-ИМ и нестабильную стенокардию, возникают существенные проблемы с интерпретацией ЭКГ. На ЭКГ, зарегистрированной на догоспитальном и раннем госпитальном этапах, достоверный ИМ наблюдался в 87 случаях (27,9%) неблагоприятного исхода оказания ЭМП. В остальных 225 случаях ИМ протекал по типу ОКС (72,1%), сопровождаясь подъемом сегмента ST (n=31; 13,8%), депрессией сегмента ST (n=48; 21,3%), инверсией зубца Т (n=25; 11,1%) и без динамики ЭКГ (n=17; 7,6%). В остальных 104 случаях (46,2%) имели место атипичная клиника и отсутствие или неспецифические изменения ЭКГ. Таким образом, в 46,2% сложность диагностики атипичного ИМ можно было объяснить не только наличием атипичной клиники, но и высокой частотой неспецифических изменений ЭКГ.

Правильная интерпретация ЭКГ отмечена в 87 случаях достоверного ИМ (27,9%) и в 9 случаях ОКС (2,9%). В остальных 216 случаях (69,2%) неб-

лагоприятного исхода имели место диагностические ошибки, причем в 104 случаях (46,2%) они были связаны с атипичной клинической картиной и отсутствием характерных изменений на ЭКГ.

Недостаточное и несвоевременное лабораторно-инструментальное обследование зафиксировано у 28 пациентов (12,9%): отсутствие динамики ЭКГ, отсутствие коагулограммы и исследования активности трансаминаз. К сожалению, ни в одном стационаре на раннем госпитальном этапе не определяли в крови МВ-фракцию креатинфосфокиназы (КФК), тропонины Т и I. Эти недоработки в своевременной диагностике ИМ в значительной мере были вызваны организационными недостатками (невозможность обеспечить стационары всем необходимым для современных методов диагностики), что напрямую связано с недостатками финансирования стационаров.

В 30 (13,9%) случаях госпитализации больных с предварительными диагнозами «стабильная стенокардия» и «прогрессирующая стенокардия» помещали не в кардиологическое (в связи с отсутствием мест и перегруженностью специализированных отделений), а в терапевтическое отделение, не проводили консультацию кардиолога, своевременная организация которой, несомненно, помогла бы в более ранние сроки поставить правильный диагноз и, соответственно, начать адекватное лечение. Это, бесспорно, было связано с дефектами в организации работы.

Неверная постановка клинического диагноза отмечена в 19 (8,8%) случаях; ошибочное формулирование заключительного диагноза имело место в 17 (7,9%) случаях. Основными недостатками при этом были следующие: ошибки при рубрикации диагноза, отсутствие даты предполагаемого развития ИМ, стадии хронической сердечной недостаточности (ХСН), ее функционального класса (ФК), указаний фоновых и сопутствующих заболеваний, осложнений основной болезни.

Расхождение диагнозов на догоспитальном и госпитальном этапах зафиксировано у 33 (15,3%) пациентов. Все эти случаи являлись причиной гиподиагностики ОИМ и ОКС: достоверный ИМ не был диагностирован в 2 случаях (6,1%), неQ-ИМ без подъема сегмента ST — в 11 (33,3%), прогрессирующая стенокардия — в 20 (60,6%). Структура расхождений диагнозов свидетельствует о недостаточном профессионализме врачей, оказывавших ЭМП при ИМ и развитии ОКС, особенно тогда, когда они не сопровождаются выраженной динамикой ЭКГ.

При анализе 312 неблагоприятных исходов, наступивших при оказании ЭМП кардиологическим больным, были обнаружены следующие субъективные факторы, способствовавшие ненадлежащему врачеванию: в 82,7% случаев неблагоприятных исходов имело место нарушение врачами медицинских стандартов, общепринятых в медицине

правил, нормативных документов, регламентирующих медицинскую деятельность. У 60,9% больных оказание ЭМП было признано недостаточным, в 17,6% — неправильным и в 16,9% — запоздалым.

Клиническим примером может послужить следующее наблюдение.

Больная Р. 61 год, была доставлена в больницу с направительным диагнозом «Желудочно-кишечное кровотечение». Бригада скорой медицинской помощи ЭКГ не регистрировала; на ЭКГ, сделанной в приемном отделении стационара, выявлены высокие зубцы R по типу реципрокных изменений, которые должны были насторожить терапевта приемного отделения в отношении заднебазального ИМ, однако этого не произошло. Терапевт описывает при осмотре больного отсутствие острой коронарной патологии; им игнорируется старческий возраст пациентки, свидетельствовавший о высокой вероятности наличия у нее хронической ИБС. Терапевт приемного отделения поставил диагноз: «Язвенная болезнь желудка, обострение. Желудочно-кишечное кровотечение?». Больная была госпитализирована в хирургическое отделение с диагнозом «острый панкреатит», где ее лечили спазмолитиками, анальгетиками, «поляризирующей смесью». Все 7 дней пребывания в отделении больная заторможена, на боли не жаловалась. Примечательна запись лечащего врача: «Обход зав. отделением. Состояние без изменений. В сознании. От пальпации живота отказывается. Замечаний нет, плановая терапия». Полноценный дневник с описанием статуса больной отсутствует. Следующая запись только дежурного врача. За время нахождения в стационаре ЭКГ в динамике не регистрировали, с терапевтом и кардиологом больную не консультировали. В последние 2 дня терапии сокращают, отменяют спазмолитики и анальгетики. Больная умерла во сне. Только в посмертном эпикризе был поставлен диагноз: ИБС, кардиосклероз атеросклеротический, хроническая обструктивная болезнь легких, хронический пиелонефрит. На патологоанатомическом вскрытии — ОИМ заднебазальной локализации.

В данном, конкретном случае допущены грубые ошибки в диагностике и лечении на всех этапах ОМП, обусловленные как субъективными факторами, так и серьезными недоработками в организации лечебно-диагностического процесса в хирургических отделениях: отсутствием четкого протокола ведения больных с подозрением на острую хирургическую патологию, в рамках которой должна исключаться и острая коронарная патология.

Выявленные ошибки и организационные недоработки свидетельствуют о необходимости совершенствования организации стационаров, работающих в условиях круглосуточного оказания экстренной кардиологической помощи, внедрения в широкую практику современных методов диагностики и

обеспечения адекватного медикаментозного лечения, важности разработки и внедрения стандартов и протоколов ведения ургентных больных с использованием достижений доказательной медицины.

Необходимо подчеркнуть чрезвычайную важность юридических аспектов проблемы ДОМП, поскольку в последние годы отмечается неуклонный рост числа судебно-медицинских экспертиз, назначенных в рамках уголовных и гражданских

дел по обвинению врачей в некачественном оказании медицинской помощи [6,7].

Таким образом, постоянное и систематическое изучение структуры дефектов при оказании экстренной кардиологической помощи, их причин и источников позволит повысить ее качество на всех этапах и существенно снизить риск возникновения судебных исков со стороны пациентов и их родственников.

Литература

1. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. Москва-Иваново 2001; 288 с.
2. Доронкина М.В. Врачебные ошибки при диагностике различных заболеваний и пути их устранения на амбулаторном этапе. РМЖ 2003; 6: 7-8.
3. Томилин В.В., Соседко Ю.И. Обоснование основных понятий дефектов оказания медицинской помощи. Судебно-медицинская экспертиза 2000; 6: 4-8.
4. Хапий Х.Х., Старченко А.А., Шифман Е.М. Правовые аспекты деятельности врача. Петрозаводск: Изд-во «Интел-Тек» 2003; 344 с.
5. Белокриницкий В.И., Фиалко В.А. Анализ причин ошибок в диагностике острых форм ишемической болезни сердца. СМП 2001; 2: 26-8.
6. Пашинян Г.А., Ившин И.В. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. Москва «Медицинская книга» 2006; 196 с.
7. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Проблема ненадлежащего оказания медицинской помощи: методика изучения и актуальность. Мед право 2003; 1: 3-5.

Поступила 23/11-2006