

А. В. Карцевский, М. В. Ильин,
А. Л. Хлапов, Н. К. Першина, Д. С. Чучко

РАЗРАБОТКА ПУТЕЙ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ

Аннотация. Представлены основные направления анализа путей стандартизации патологоанатомического исследования с позиций его адекватности, полноценности оформления патологоанатомической документации как основных элементов эффективного анализа. Выделены основные организационные, методические, профессиональные недостатки при проведении судебно-медицинских экспертиз, негативным образом отражающиеся на содержании анализа летальных исходов и на объективности статистических показателей на федеральном и региональном уровнях.

Ключевые слова: клиничко-анатомический анализ, ненадлежащее оказание медицинской помощи, дефекты оказания медицинской помощи, патологоанатомические вскрытия.

Abstract. The article presents the main trends in the analysis of the ways of post-mortem examination standardization regarding its adequacy, full value of post-mortem documentation official registration as the basic elements of the effective analysis. The authors outline general organizational, methodical, professional defects in rendering forensic medical examination, negatively influencing the content of fatal outcomes analysis and the objectivity of statistic indexes on the federal and regional levels.

Key words: the clinical-anatomical analysis, improper medical aid, defects in rendering medical aid, dissection, post-mortem examination.

Введение

За последние годы система медицинского обслуживания населения в стране претерпела серьезные организационные изменения. Наряду с формированием новых экономических, медико-правовых, медико-социальных и иных отношений между производителем (медицинским учреждением) и потребителем (пациентом) медицинских услуг новые требования предъявляются к качеству оказания медицинской помощи [1–3]. Одним из основополагающих элементов организации процесса медицинской помощи на стационарном уровне является стандартизация медицинской деятельности, обеспечивающая оптимальность использования медицинских ресурсов в диагностике и лечении самой различной патологии, а также снижающая риски пациентов получить некачественную помощь [4, 5]. В вопросах оценки и совершенствования организационной, диагностической и лечебно-профилактической работы клиничко-анатомический анализ (КАА) летальных исходов имеет существенное значение [1, 5–8]. Процессам совершенствования медицинской помощи может способствовать оптимизация анализа летальных исходов. Совершенствование анализа неблагоприятных последствий медицинской деятельности по материалам патологоанатомических вскрытий способствует предупреждению «ятрогенной» патологии [6, 9, 10].

Целью нашего исследования стала разработка путей совершенствования системы клинико-анатомического анализа летальных исходов для повышения эффективности патологоанатомических вскрытий как одного из внутрисистемных элементов формирования качества медицинской помощи и профилактики ее возможных неблагоприятных последствий.

Задачи исследования:

1. Выделение основных этапов клинико-анатомического анализа летальных исходов на уровне патологоанатомических учреждений и медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь населению.
2. Определение основных дефектов медицинской помощи, выявляемых по материалам патологоанатомических вскрытий на догоспитальном и госпитальном уровнях, и классифицирование причины их возникновения.
3. Анализ эффективности различных форм клинико-анатомической работы и обоснование целесообразности перераспределения функций и задач клинико-анатомического анализа на различных уровнях его проведения.

1. Материал и методы исследования

В исследование были включены сведения 57419 карт патологоанатомических исследований и данные годовых отчетов государственного учреждения здравоохранения «Нижегородское областное бюро судебной экспертизы» за 2000–2009 гг., 470 медицинских карт стационарных и амбулаторных больных, получавших медицинскую помощь в различных медицинских учреждениях Нижегородской области за тот же период. Объектами изучения также послужили 5367 протоколов заседаний комиссий по изучению летальных исходов, клинико-анатомических конференций, лечебно-контрольных и клинико-экспертных комиссий; материалы Нижегородстата за 2000–2008 гг.

2. Результаты обследования и обсуждения

В процессе исследования установлено, что такие факторы, как сроки проведения вскрытий (в первые сутки после смерти проводится лишь 26,4–35,3 % вскрытий, позднее 48 ч – 12,8–20,5 %), полноценность патологоанатомического исследования, профессиональная и методическая подготовленность врачей-патологоанатомов, оказывают решающее влияние на эффективность последующего анализа летальных исходов.

В анализе летальных исходов необходимо выделять три этапа: прозекторский (на уровне патологоанатомического учреждения), комиссионный (комиссия по изучению летальных исходов) и посткомиссионный (клинико-анатомические конференции, клинико-экспертные (врачебные) комиссии, территориальных и федеральных органов управления здравоохранения), каждый из которых отличается задачами и организационными формами.

При анализе материалов вскрытий выявлены тенденции, связанные с формулированием заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. Разброс количества установленных простых диагнозов в картах вскрытий за 2000–2009 гг. колебался в пределах от 75,0 до 87,8 %. Из комбинированных диагнозов конкурирующие заболевания определялись в 1,1–4,2 % случаев, сочетанная патология – в 2,3–13,7 %, фоновая патология – в 3,0–18,4 %.

Разброс показателей типов формулировки клинических простых диагнозов за тот же период составил от 80,0 до 91,2 %. Из комбинированных ди-

агнозов конкурирующие заболевания устанавливались в 1,3–3,6 % случаев, сочетанная патология – в 0,9–9,5 %, фоновая патология – в 1,1–9,8 %. Единственная группа, в которой оказались сопоставимы и не столь различны показатели вариантов диагнозов, была группа конкурирующих заболеваний, что отражает единство понимания этого типа построения медицинского диагноза в среде и клиницистов, и патологоанатомов.

Анализ показателей сопоставления диагнозов среди однородных медицинских учреждений области позволил отметить существенные различия: частота встречаемости «расхождения диагнозов» в период 2000–2009 гг. в Арзамасском районе составляла 5,7–9,8 %, а в Ветлужском и Шахунском районах – 29,4–35,2 %, при этом средний показатель оставался практически неизменным и составил 16,7 %. Для сравнения: средний показатель «расхождений диагнозов» в Северо-Западном федеральном округе колебался от 2,7 % в Ненецком федеральном округе до 15,9 % в Ленинградской области; в Санкт-Петербурге показатель составил 10,4 %, в Москве – 16,3 %, в Московской области – 7,5 %. Максимальный уровень этой характеристики отмечался в Челябинской области – 30,7 %. Существенное влияние на показатель «расхождение диагнозов» (отчетный на федеральном, территориальном и учрежденческом уровнях) оказывает ряд факторов, в частности: объем охвата патологоанатомическими вскрытиями умерших в медицинском учреждении, уровень специальной подготовки врачебного состава, степень материальной оснащенности прозектур и полноценность проведения вскрытий, уровень методической подготовки врачебного состава в вопросах формулирования диагноза и ряд других.

Отмечена тенденция снижения количества патологоанатомических исследований умерших в стационарах, что сопровождается снижением объективности показателя расхождений диагнозов, уменьшая его аналитическое значение. Во многих стационарах показатель охвата вскрытиями низкий (в восьми районах области ниже 50 %) в связи с дефицитом врачебных кадров или удаленностью многих медицинских учреждений от прозектур, что также влияет на обобщенные показатели «расхождения диагнозов» в медицинских учреждениях Нижегородской области.

Проанализированные материалы позволяют сделать заключение о спорности включения показателя «расхождение заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов» в перечень индикаторов качества деятельности медицинских учреждений. По результатам проведенного анализа в период 2003–2009 гг., отмечено, что более содержательным является анализ таких категорий, как распознанность основных заболеваний и непосредственной причины смерти, а также такого важного фактора, как своевременность их диагностики. Например, частота несвоевременной диагностики танатологически значимой патологии по изученным материалам достигает 12,3–17,5 %. Подобный подход к анализу позволяет существенно повысить эффективность прозекторской деятельности, особенно на уровне районных больниц, осуществляющих преимущественно неотложную медицинскую помощь: доля танатологически значимой патологии, требующей неотложных медицинских мероприятий, в районных лечебно-профилактических учреждениях области составляет от 55,4 до 74,5 %.

Нами установлено, что при разборах летальных исходов большое внимание уделяется анализу такой медицинской категории, как смертельное

осложнение. Целесообразно разделение подобных осложнений на группы инфекционных и неинфекционных процессов: осложнения из второй группы чаще являются предотвратимыми. Перечень патологических процессов, относящихся к непосредственным причинам смерти, ограничен рядом наиболее часто встречающихся осложнений, что определяет целесообразность осуществления их системного учета и анализа.

По результатам изучения летальных исходов в Нижегородской области отмечена тенденция нарастания доли инфекционных осложнений в качестве смертельных осложнений, большую часть из которых при условии оказания пациентам в стационаре в основном плановой медицинской помощи следует рассматривать в качестве нозокомиальных инфекций.

Доля смертельных инфекционных осложнений возросла с 38,1 % в 2000 г. до 46,9 % в 2009 г., из которых различные варианты сепсиса достигли 78,6 %. При патологоанатомических вскрытиях проводился анализ результатов бактериологических исследований секционного материала с целью эффективного участия в решении проблемы нозокомиальных инфекций.

После окончания оформления протокола патологоанатомического исследования, диагноза и эпикриза прозекторский этап клинико-анатомического анализа сопровождается формированием суждения патолога о наличии или отсутствии дефектов медицинской помощи. Анализ основных и наиболее часто встречающихся медицинских недостатков позволил заключить, что под дефектом медицинской помощи следует понимать:

- недостатки диагностической, лечебной, организационной деятельности, которые привели или могли привести к неверной или несвоевременной диагностике заболеваний (состояний), а при установленном диагнозе – к неправильным или неадекватным лечебным (профилактическим) мероприятиям, возникновению неблагоприятных (нежелательных) последствий медицинской деятельности;
- нарушения медицинских технологий, невыполнение положений действующих федеральных и региональных медицинских стандартов (протоколов);
- недостатки ведения медицинской документации.

В системе КАА целесообразно анализировать и учитывать не только реализовавшиеся медицинские дефекты, но и потенциальные. Последние следует рассматривать как скрытые ошибки, системный анализ которых особенно значим с позиций предупреждения медицинских ошибок и неблагоприятных последствий медицинской деятельности.

Комиссионный этап КАА подразумевает проведение комиссии по изучению летальных исходов как основной внутриучрежденческой организационной формы анализа. Для решения задач комиссии и оптимизации использования ресурсов учреждений предложен алгоритм анализа, и в соответствии с этим формализован протокол рецензии. По результатам разборов комиссиям рекомендовано принимать одно из типовых решений:

- ограничиться разбором на комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ);
- вынести разбор летального исхода на обсуждение клинико-анатомической конференции (клинико-экспертных комиссий и т.д.);
- выписку из акта направить в соответствующее медицинское учреждение (в случае выявления дефектов медицинской помощи на предыдущем медицинском этапе).

Для оптимизации работы КИЛИ создан унифицированный протокол. С учетом задач, решаемых клинико-экспертными (с 2007 г. – врачебными) комиссиями, полностью дублирующими задачи лечебно-контрольных комиссий, а также в связи с наделением КИЛИ функциями унифицированного анализа летальных исходов отпадает необходимость организации в учреждениях лечебно-контрольных комиссий.

Посткомиссионный этап анализа подразумевает в первую очередь проведение клинико-анатомических конференций в качестве одной из основных организационных форм совершенствования медицинской помощи и повышения квалификации медицинского персонала посредством многофакторного разбора материалов патологоанатомических исследований.

Один из основных принципов анализа летальных исходов подразумевает выделение дефектов медицинской помощи в соответствии с этапностью: догоспитальный и госпитальный. Перечни до- и госпитальных дефектов составлены по единому методологическому принципу и затрагивают в первую очередь процессы диагностики (с учетом факторов полноценности и своевременности) и профильного лечения (хирургического, терапевтического, реанимационного и т.д.); сформированы с учетом результатов обсуждения и рекомендаций в ходе всестороннего обсуждения предложений на уровне главных специалистов министерства здравоохранения Нижегородской области.

В группе догоспитальных дефектов медицинской помощи следует уделять особое внимание выявлению, учету и анализу такой категории, как «поздняя госпитализация» пациента, что обусловлено значимостью этого медико-социального явления как одного из основных негативных факторов влияния на эффективность оказания медицинской помощи, особенно по отношению к «острой» терапевтической и хирургической патологии, регистрирующейся в 63,1–70,9 % вскрытий. Вероятно, в силу очевидного неблагоприятного отражения «запоздалой госпитализации» на тяжести состояния пациента, сроках госпитализации и прогнозе этот фактор существенным образом влияет на ресурсные затраты учреждений. Показатель «поздней госпитализации» за период 2000–2009 гг. возрос с 9,1 % в 2002 г. до 34,4 % в 2007 г., а в группе патологоанатомических вскрытий умерших в онкологическом диспансере – с 36,2 до 100 %, что определяет проблему своевременности госпитализации как одну из приоритетных в организации медицинской помощи населению.

Разработанный и используемый с 2003 г. классификатор причин дефектов медицинской помощи позволил выделить следующие субъективные причины: недостатки в организации лечебного процесса (24,5–82,4 %), неполноценное обследование пациента (30,5–44,9 %), недостаточная квалификация медицинского работника (3,9–11,6 %), другие (до 5,4 %). Доля объективных причин за 2000–2009 гг. составляла 33,8–74,5 % (в среднем 45,6–51,7 %).

В ходе исследования нами показаны преимущества проведения в медицинских учреждениях межотделенческих и профильных конференций, положительный эффект тематических конференций. В частности, в связи с проведением тематической конференции по итогам анализа летальных исходов 2004 г. отмечено снижение показателей послеоперационной летальности пациентов кардиохирургического профиля с 9,4 % в 2004 г. до 2,0–3,7 % в 2005–2007 гг.

Нами проведен анализ «ятрогений», которые рассматриваются в соответствии с положениями МКБ-10 с позиций неблагоприятных последствий

диагностической и лечебной деятельности. Показатели выявляемости и регистрации этой патологии в медицинских учреждениях Нижегородской области за 2001–2009 гг. составили в среднем 3,8 % от всех вскрытий, в областной клинической больнице – 14,5 %. Обращено внимание на большой разброс показателей выявления «ятрогений» в сравнении с показателями федеральной отчетности некоторых субъектов РФ (в Санкт-Петербурге – 0,1 %, в Москве – 0,02 %, в Челябинской области – до 4,3 %), что является следствием различий в понимании, организации КАА и учета этой патологии в медицинской среде. Наряду с введением в повседневную практику унифицированных подходов к анализу «ятрогений» в условиях внедрения новых методов лечения и медицинских технологий отмечается необходимость регулярного совершенствования знаний патологоанатомов в вопросах возникновения, развития и танатологического влияния этой патологии.

Выводы

1. С целью получения в медицинских организациях объективных данных о процессах медицинской помощи и полноценных их обобщений целесообразно использовать единый алгоритм КАА летальных исходов как элемента стандартизации медицинской деятельности. Для оптимизации системного анализа летальных исходов следует использовать единые классификаторы, наиболее часто встречающихся на амбулаторно-поликлиническом и госпитальном этапах дефектов медицинской помощи, а также их причин с выделением основных групп:

- дефекты диагностики, дефекты лечения;
- неблагоприятные последствия медицинской деятельности (при осуществлении диагностических и лечебно-профилактических мероприятий);
- дефекты документации и прочие дефекты;
- дефекты диспансеризации, транспортировки, своевременности госпитализации (для догоспитального этапа).

2. Внутриучрежденческий контроль качества медицинской помощи, осуществляющийся клинико-экспертными (врачебными) комиссиями, проводится в рамках, полностью повторяющих задачи и функции лечебно-контрольных комиссий, в связи с чем целесообразность деятельности последних существенно снижается.

3. Эффективность влияния клинико-анатомических конференций на уровень квалификации врачебного состава медицинской организации повышается в случаях, когда они проводятся в формате межотделенческих (профильных) или тематических конференций.

Список литературы

1. **Коваленко, Л. В.** Диагноз в клинической практике (теоретические и практические основы формулирования) / Л. В. Коваленко. – Челябинск, 1995. – 115 с.
2. **Смирнов, С. А.** Судебная экспертиза на рубеже XXI века / С. А. Смирнов. – СПб. : Питер, 2004. – 466 с.
3. **Чавпецов, В. Ф.** Медицинское страхование / В. Ф. Чавпецов. – М. : ФОМС, 1995. – 168 с.
4. **Лучкевич, В. С.** Медико-социальная и клинико-статистическая оценка ятрогенных повреждений мочеточников и мочевого пузыря, их профилактика, диагностика и лечение : методические рекомендации для врачей / В. С. Лучкевич, А. Г. Панин, Недадь Джабер. – СПб. : СПбГМА, 2002. – 19 с.

5. **Томилин, В. В.** Обоснование основных понятий дефектов оказания медицинской помощи / В. В. Томилин, Ю. И. Соседко // Судебно-медицинская экспертиза. – 2000. – № 6. – С. 4–8.
6. **Автандилов, Г. Г.** Оформление диагноза : учебное пособие / Г. Г. Автандилов, О. В. Зайратянц, Л. В. Кактурский. – М. : Медицина, 2004. – 304 с.
7. **Давыдовский, И. В.** Врачебные ошибки / И. В. Давыдовский // Советская медицина. – 1941. – № 3. – С. 3–10.
8. **Смольяников, А. В.** Теоретические основы морфологического диагноза / А. В. Смольяников, В. П. Петленко, О. К. Хмельницкий. – СПб. : Изд-во СПбМАПО, 1995. 230 с.
9. **Некачалов, В. В.** Ятрогенная. Патология диагностики и лечения / В. В. Некачалов. – СПб., 1998. – 43 с.
10. **Сергеев, Ю. Д.** Ятрогенная патология – актуальная судебно-медицинская проблема / Ю. Д. Сергеев, С. В. Ерофеев // Судебно-медицинская экспертиза. – 1998. – № 2. – С. 3–8.

Карцевский Александр Валентинович
кандидат экономических наук, министр
здравоохранения Нижегородской
области, Министерство здравоохранения
Нижегородской области

E-mail: ilyi n-mv@yandex.ru

Kartsevsky Alexander Valentinovich
Candidate of economic sciences,
Minister for public health of Nizhny
Novgorod region, Ministry of Public
Health of Nizhny Novgorod region

Ильин Максим Владимирович
кандидат юридических наук, начальник
управления по правовой, кадровой
и ревизионной работе, Министерство
здравоохранения Нижегородской
области

E-mail: ilyi n-mv@yandex.ru

Ilyin Maksim Vladimirovich
Candidate of juridical sciences, Director
of the Administration for legal,
HR and auditing affairs, Ministry of Public
Health of Nizhny Novgorod region

Хлапов Александр Львович
кандидат медицинских наук, консультант-
юрист отдела по правовой и кадровой
работе, Министерство здравоохранения
Нижегородской области

E-mail: hlapov-a@yandex.ru

Khlapov Alexander Lvovich
Candidate of medical sciences, legal
adviser at the department of legal
and HR affairs, Ministry of Public Health
of Nizhny Novgorod region

Першина Надежда Константиновна
главный специалист, отдел медицинской
помощи взрослому населению,
Министерство здравоохранения
Нижегородской области

E-mail: pershina-nk@yandex.ru

Pershina Nadezhda Konstantinovna
Senior expert, department of adult health
care, Ministry of Public Health of Nizhny
Novgorod region

Чучко Денис Сергеевич
аспирант, Нижегородская
государственная медицинская
академия Минздрава России

E-mail: chuchko-ds@yandex.ru

Chuchko Denis Sergeevich
Postgraduate student, Nizhny Novgorod
State Medical Academy under the Ministry
of Public Health and Social Development
of Russia

УДК 614.2:612.013.001.8:616-036.88

Карцевский, А. В.

Разработка путей совершенствования системы клинико-анатомического анализа летальных исходов / А. В. Карцевский, М. В. Ильин, А. Л. Хлапов, Н. К. Першина, Д. С. Чучко // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2011. – № 2 (18). – С. 33–40.