

линейки измеряли амплитуду колебаний 15-20 эритроцитов в 3-5 полях зрения. На основе показателей амплитуды колебания эритроцитов от 3 мкм и менее констатировали степень выраженности эндотоксикоза.

Хирургическое лечение больных распространенным перитонитом и деструктивным панкреатитом заключалось в ликвидации или санации источника воспаления; санации брюшной полости, в том числе плановыми релапаротомиями; декомпрессии желчевыводящих путей (по показаниям); декомпрессии тощей кишки; некрсеквестрэктомии поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, в том числе этапными через оментобурсостому; проведении комплексной многокомпонентной интенсивной терапии.

Результаты и обсуждение. Независимо от диагноза и способа оперативного вмешательства, состояние всех больных до операции и в первые сутки послеоперационного периода, основываясь на балльной оценке тяжести SAPS, расценено как тяжелое. У 12 пациентов (7,0%) показатели SAPS составили более 13 баллов; у 116 больных (68,3%) SAPS 9-12 баллов и у 42 (24,7%) — SAPS 6-8 баллов.

Установлено, что ЛИИ в первые сутки хирургического лечения у большинства пациентов возрос на 50 % и более; ГПИ составил увеличение в 15 и более раз; МСМ/Кр — в 2 раза.

При исследовании степени эндотоксикоза предложенным способом выявлено, что амплитуда колебания эритроцитов больных в знакопеременном электрическом поле снизилась на 1-2 мкм от нормальных показателей и составила $1,5 \pm 1,0$ мкм.

На 3-4-е сутки от начала хирургического лечения при благоприятном течении заболевания намечалась стабилизация в состоянии больных. Качественная характеристика общего воспалительного процесса зависела от способа хирургического лечения и от особенностей вовлеченного в процесс органа, а также длительности предшествующего воспалительного процесса. После хирургической санации у большинства пациентов происходило уменьшение частоты сердечных сокращений (менее 100 в минуту) и снижение лейкоцитоза. Наряду с этим, оставался высоким ЛИИ, ГПИ.

При определении эндогенной интоксикации на 3-4 сутки новым оригинальным способом установлено, что размах колебания эритроцитов в знакопеременном электрическом поле составил от 1 до 3 мкм.

Состояние больных на 5-7-е сутки от начала хирургического лечения существенно не изменилось: сохранялись клинические признаки эндотоксикоза; отсутствие положительной динамики в клиническом течении подтверждалось лабораторными тестами (табл.1).

Литература:

1. Гельфанд, Б.Р. Сепсис: определение, диагностическая концепция, патогенез и интенсивная терапия / Б.Р. Гельфанд и [др.] // Инфекции в хирургии. — 2004. — Т.2 №2. — С. 2-16.
2. Рыбачков, В.В. Комплексное прогнозирование у больных с распространенным перитонитом / В.В. Рыбачков, С.В. Маевский // IV Всероссийская научно-практическая конференция. Абдоминальная хирургическая инфекция: Перитонит. 29 июня-1 июля 2005 — М.: 2005 — С. 64
3. Светухин, А.М. Системы объективной оценки тяжести состояния больных. Часть I / А.М. Светухин, А.А. Звягин, С.Ю. Слепнев // Хирургия. — 2002. — № 9. — С. 51-57.
4. Светухин, А.М. Системы объективной оценки тяжести состояния больных. Часть II / А.М. Светухин, А.А. Звягин, С.Ю. Слепнев // Хирургия. — 2002. — № 10. — С. 60-68.

© А.Е. Шкляев, 2007
УДК 616.3:340.62(470.51)

А.Е. Шкляев

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, УМЕРШИХ ОТ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ В 2006 ГОДУ

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии (зав. — проф. А.М. Корепанов)
Ижевской государственной медицинской академии

Экспертизе подвергнуто 97 историй болезни пациентов, умерших от патологии органов пищеварения в лечебно-профилактических учреждениях Удмуртской Республики в 2006 году, выявлен ряд недостатков в обследовании и лечении.

Ключевые слова: болезни пищеварительной системы, смертность, экспертиза.

Таблица 1.

Показатели эндотоксикоза у больных распространенным перитонитом и деструктивным панкреатитом на различных сроках лечения

Показатели эндотоксикоза	Сроки лечения		
	Сразу после операции	На 5-7 сутки после операции	При выписке из стационара
ЛИИ усл.ед (0,5-2,0)	$3,6 \pm 0,5$	$3,4 \pm 1,0$	$1,4 \pm 0,5$
ГПИ усл.ед (1,3-1,6)	$28,5 \pm 5,0$	$24,5 \pm 10,0$	$2,5 \pm 0,5$
МСМ/Кр усл.ед (0,24/1,4)	$0,30 \pm 0,04$ $1,48 \pm 0,05$	$0,34 \pm 0,05$ $1,46 \pm 0,05$	$0,29 \pm 0,05$ $1,44 \pm 0,05$
Амплитудный тест, мкм (3 и выше)	$1,5 \pm 1,0$	$2,0 \pm 0,5$	$5,5 \pm 2,5$

Амплитуда колебания эритроцитов в указанные сроки сохранялась на низких цифрах без достоверной разницы от исходных параметров.

Положительная динамика в параметрах и тестах, характеризующих степень эндогенной интоксикации, прослеживалась к моменту выписки больных из стационара (табл 1).

В указанные сроки стационарного этапа лечения пациентов с распространенным перитонитом и деструктивным панкреатитом при клинических проявлениях благоприятного течения воспалительного процесса достоверно выявлена тенденция к нормализации ЛИИ, ГПИ, МСМ/Кр. Наиболее чувствительным показателем снижения эндогенной интоксикации выступила амплитуда колебания эритроцитов больных в знакопеременном электрическом поле, в 1,5-2 раза превышая принятые за норму параметры.

Таким образом, при объективной оценке состояния пациентов с абдоминальным сепсисом на всех этапах лечения, включающего методы активной хирургической детоксикации, целесообразно внедрение способа экспресс-диагностики степени эндотоксикоза по микрофоретической активности эритроцитов.

Выводы.

1. Предложенный способ определения степени эндотоксикоза у больных с абдоминальным сепсисом сопоставим с «традиционными» показателями эндогенной интоксикации и шкалами балльной оценки.

2. Преимуществом способа является возможность его использования в режиме экспресс-диагностики, мониторинга эффективности хирургической санации и контроля адекватности интенсивной терапии.

**EXPERT EXAMINATION OF TREATMENT QUALITY OF PATIENTS, DIED FROM DIGESTIVE PATHOLOGY
IN THERAPY DEPARTMENTS OF UDMURT REPUBLIC IN 2006**

A.E. Shklyayev

The 97 disease history of died patients with digestive pathology in Udmurt Republic were examined; several deficit from inspection and treatment were demonstrated.

Key words: *disease of digestive system, mortality, expertise.*

В течение последних лет болезни органов пищеварения занимали 5 место в структуре общей заболеваемости взрослого населения в Удмуртской Республике, а в 2006 году переместились на 4 место, достигнув уровня 101,9 на 1000 (в 2005 году — 94,8). Смертность от патологии органов пищеварения в 2003 году составила 82,4 на 100 000 человек, в 2004 — 83,2 [1, 4]. В 2006 году от заболеваний пищеварительной системы среди взрослого населения Удмуртской Республики умерло 1411 человек, в том числе в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) — 403, в 2005 году — 1295 и 400, соответственно. В структуре гастроэнтерологической смертности первое место занимают осложнения цирроза печени (печеночная недостаточность, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода) — 166 (в 2005 году — 151). На втором месте — патология кишечника (тромбоз мезентериальных сосудов, непроходимость, перфорация) — 83 (в 2005 году — 77). На третьем — осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (перфорация, кровотечение) — 52 (в 2005 году — 69).

Обязательным условием для уменьшения показателей смертности от заболеваний пищеварительной системы является углубленный анализ ее возможных причин [2].

Целью настоящей работы явилась экспертная оценка качества диагностических и лечебных мероприятий, оказанных пациентам, умершим от патологии органов пищеварения в лечебно-профилактических учреждениях Удмуртской Республики в 2006 году.

Материал и методы. По инициативе Министерства здравоохранения Удмуртской Республики в 2007 году проведена экспертная оценка качества лечения пациентов, умерших в 2006 году от патологии органов пищеварения в ЛПУ. На экспертизу было представлено 97 медицинских карт стационарного больного (далее по тексту истории болезни) умерших с окончательным клиническим диагнозом заболевания пищеварительной системы в ЛПУ г. Ижевска (36), Глазова (21), Воткинска (4), Сарапула (13) и центральных районных больниц (23). Экспертиза осуществлялась в соответствии с приложением 1.3. Положения о контроле качества медицинской помощи в системе ОМС на территории УР (утверждено приказом МЗ УР и УТФОМС №67 от 22.02.2006 г.).

В качестве окончательных клинических диагнозов были выставлены: цирроз печени — 65 (алкогольный — 37, вирусный — 8, смешанный — 11, не уточненной этиологии — 9), в том числе осложненный кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода — 24; хронический гепатит — 12 (токсический — 11, вирусный — 1); отравление суррогатами алкоголя — 12; острый алкогольный гепатит — 1; язвенная болезнь желудка (кровотечение) — 2; язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (кровотечение) — 1; желчнокаменная болезнь — 1; панкреонекроз — 1; язвенный проктосигмоидит (перфорация) — 1; обтурационная кишечная непроходимость — 1.

Результаты и обсуждение. Эффективность лечения пациентов с заболеваниями органов пищеварения в стационаре, безусловно, зависит от своевременности госпитализации и начала проведения диагностических и лечебных мероприятий. Из 97 больных своевременно было госпитализировано 16,5%, несвоевременно — 84,5%. Причиной несвоевременной госпитализации обычно являлось позднее обращение больных за медицинской помощью. Из 97 человек 46 (47,4%) были доставлены в стационар скорой медицинской помощью. У большинства пациентов

отмечалось тяжелое течение основного заболевания и (или) серьезная сопутствующая патология (хронический алкоголизм, ИБС, артериальная гипертония, сахарный диабет, пневмония). В числе умерших было 59 мужчин и 38 женщин. В возрасте до 60 лет умерло 80 (82,5%) больных, старше 60 лет — 17 (17,2%) больных. Социальный статус распределился следующим образом: неработающие трудоспособного возраста — 32, пенсионеры — 25, инвалиды — 19, работающие — 17, лица без особого места жительства — 4. Сутки и менее находились на лечении 25 больных (25,8%). Из 97 человек 38 (39,2%) медицинская помощь оказывалась в условиях реанимационных отделений.

Уровень качества лечения (УКЛ) больных, умерших от патологии органов пищеварения, оценивался по трем показателям: оценка набора диагностических мероприятий (ОНДМ), оценка набора лечебных мероприятий (ОНЛМ) и оценка диагноза (ОД) [3, 5, 6, 7].

Оценка набора диагностических мероприятий. Диагностическое обследование больных в полном объеме (ОНДМ=1,0) было проведено в 31 (32%) историях болезни. В 66 (68%) историях болезни выявлены некоторые упущения в обследовании. К недостаткам обследования при циррозе печени можно отнести отсутствие таких данных как протромбиновый индекс, трансаминазы, билирубин, маркеры вирусных гепатитов, количество тромбоцитов, анализы мочи и кала, ультразвукового исследования органов брюшной полости. При отравлении суррогатами алкоголя не всегда исследуются показатели функции печени. В ряде случаев нет осмотра хирурга при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода, желчнокаменной болезни. При язвенной болезни в 2 случаях отсутствовал эндоскопический контроль состояния гастродуоденальной зоны, в 2 ЛПУ не всегда проводился анализ кала. У 1 пациента с ишемией миокарда на фоне цирроза печени не осуществлялся ЭКГ-контроль.

Таким образом, при оценке объема обследования больных с патологией органов пищеварения в ряде ЛПУ выявлены существенные недостатки, которые могли способствовать поздней диагностике основного заболевания и его осложнений, недооценке тяжести состояния пациентов и его неадекватной коррекции.

Оценка диагноза. Правильный, развернутый диагноз, соответствующий современным классификациям, определяет своевременные и адекватные лечебные мероприятия. Из 97 историй болезни окончательный клинический диагноз был оформлен верно в 22 (22,7%) случаев. В 75 (77,3%) историях болезни выявлен ряд недостатков в формулировке диагноза.

При оформлении диагноза цирроз печени в части историй болезни не указана его этиология, степень активности, не выставлена гепатоцеллюлярная недостаточность или не указана ее степень, не выставлена имеющаяся спленомегалия, не указан гиперспленизм (при наличии соответствующих лабораторных данных), портальная гипертензия, не выставлено кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, осложнившее течение цирроза печени и сыгравшее ведущую роль в танатогенезе, не вынесена анемия, осложнившая течение печеночной патологии. В 1 из ЛПУ не указывается поражение печени при алкоголизме.

В ряде случаев в окончательном диагнозе не указана осложнившая течение основного заболевания пневмония, не вынесена сопутствующая основному заболеванию патология органов пищеварения.

Патологоанатомическое исследование проведено в 81 из 97 летальных исходов (83,5%). Из 81 исследования совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов установлено в 71 (87,7%) случае, расхождение — в 10 (12,3%). Расхождение первой категории выставлено в 6 случаях, второй — в 3, третьей — в 1.

Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию было связано с нераспознанным циррозом печени (в 1 случае), жировым гепатозом на фоне сердечной недостаточности (1) и отравления суррогатами алкоголя (1), острым панкреонекрозом (1), неспецифическим язвенным проктосигмоидитом с перфорацией стенки сигмовидной кишки (1), язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной массивным кровотечением из гигантской язвы (1). У 1 пациента с циррозом печени не было распознано смертельное осложнение (кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода). У 1 пациента не установлена причина кишечной непроходимости. В 2 случаях у пациентов с циррозом печени не распознано одно из сочетанных заболеваний (острый инфаркт миокарда, геморрагический панкреатит). В 3 случаях не установлен диагноз пневмонии, осложнившей течение основного заболевания.

Таким образом, при оценке диагнозов у пациентов, умерших от патологии органов пищеварения, выявлен целый ряд недостатков в формулировке окончательного клинического диагноза.

Оценка набора лечебных мероприятий. Из 97 историй болезни лечение было назначено в полном объеме (ОНЛМ=1,0) в 17 (17,5%) случаях. В остальных 80 (82,5%) историях болезни выявлены некоторые недостатки в проводимой терапии.

В частности, при циррозе печени в ряде случаев не используются препараты спиронолактона в лечении отечно-асцитического синдрома либо их доза недостаточна, на фоне приема диуретиков не всегда проводится контроль диуреза. В комплексной терапии печеночной энцефалопатии недостаточно часто используются препараты лактулозы либо применяется неадекватно малая доза. В терапии алкогольных поражений печени не всегда используются метаболические корректоры. При кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода нет адекватной гемостатической терапии. В ряде случаев отсутствует адекватная гемостатическая терапия выявленной гипокоагуляции. Редко проводится коррекция гипоальбуминемии, анемии. В терапии острой почечной недостаточности не используются диуретики (1 случай).

Таким образом, при оценке набора лечебных мероприятий был выявлен ряд недостатков, которых можно было избежать при тщательном учете всех показаний и

противопоказаний к назначению лекарственных средств, соблюдении стандартных схем терапии у больных с болезнями органов пищеварения, их осложнениями и сопутствующей патологией. Это могло сыграть важную роль в прогнозе заболевания.

Качество оформления документации. При оценке качества ведения историй болезни выявлены следующие недостатки: нет дневников врачебного наблюдения в течение 4 суток (в 1 случае), не оформлен талон к сопроводительному листку скорой медицинской помощи (в 4 ЛПУ).

Таким образом, в результате экспертизы 97 историй болезни пациентов, умерших в 2006 году в ЛПУ Удмуртской Республики от патологии органов пищеварения, выявлен целый комплекс недостатков в обследовании, оформлении диагноза, лечении и качестве ведения медицинской документации. Следует отметить, что ряд выявленных недостатков аналогичен таковым в 2005 году. Неполное выполнение медико-экономических стандартов связано как с объективными (отсутствие диагностических наборов, лекарственных средств и препаратов крови), так и субъективными причинами (недостаточное знание врачами современных схем диагностики и лечения заболеваний печени, принципов формулировки диагноза).

Показатели качества лечения умерших от заболеваний пищеварительной системы в ЛПУ республики находились в следующем диапазоне: ОНДМ от 1,0 до 0,7 (в среднем 0,85); ОД от 1,0 до 0,5 (в среднем 0,75); ОНЛМ от 0,938 до 0,5 (в среднем 0,719). В целом уровень качества лечения пациентов с летальным исходом составил от 0,925 до 0,625 (в среднем 0,775).

Выводы. Результаты проведенной экспертизы подтверждают необходимость соблюдения рекомендуемого объема диагностики и лечения гастроэнтерологических больных в соответствии со Стандартами (протоколами) диагностики и лечения болезней органов пищеварения (Приказ МЗ РФ от 17.04.1998 г. №125) и современными клиническими рекомендациями по ведению пациентов. Формулировка клинических диагнозов должна осуществляться согласно современным клиническим классификациям и МКБ-10. Лечение тяжелых больных с патологией органов пищеварения должно проводиться в терапевтических и гастроэнтерологических отделениях, а также в отделениях (палатах) интенсивной терапии с применением адекватной коррекции нарушений белкового обмена и гипокоагуляции.

Результаты ежегодной экспертной оценки историй болезни пациентов, умерших от заболеваний пищеварительной системы, необходимо обсуждать на медицинских советах и конференциях с принятием конкретных мер. Информация о принятых мерах должна представляться при сдаче очередного годового отчета.

Литература:

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2005 году / В.А. Мерзляков [и др.]. — Ижевск, 2006. — 266 с.
2. **Зайратьянц, О.В.** Анализ смертности, летальности, числа аутопсий и качества клинической диагностики в Москве за последнее десятилетие (1991 — 2000) / О.В. Зайратьянц. — М.: Медицина, 2002.
3. Лечение циррозов печени: методические рекомендации для врачей / В.Т. Ивашкин [и др.]. — Москва, 2003. — 48 с.
4. Медико-демографические показатели и углубленный анализ состояния здоровья населения. — Ижевск, 2005. — Часть 3. — 158 с.
5. Медико-экономические стандарты по гастроэнтерологии / О.А. Кашина [и др.]. — Ижевск, 2003. — 26 с.
6. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения болезней органов пищеварения / П.Я. Григорьев [и др.]. — М., 1998. — 47 с.
7. **Циммерман, Я.С.** Диагностика и комплексное лечение основных гастроэнтерологических заболеваний / Я.С. Циммерман. — Пермь, 2003. — 288 с.