

СУДОВА МЕДИЦИНА

© Плетенецька А. О.

УДК 340. 6: 614. 23/. 25: 616-082

Плетенецька А. О.

СУДОВО-МЕДИЧНА ОЦІНКА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОМЕРЛИМ ДОДОБОВО У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТРИВАЛОСТІ ЛІКУВАННЯ ТА ЗНАХОДЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ У СТАЦІОНАРІ

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. Останнім часом в експертній практиці стали частіше зустрічатися випадки неналежного надання медичної допомоги. Такі випадки зараз стають предметом особливої уваги фахівців з судової медицини і потребують подальшого дослідження. У той же час експерти зазначають певних труднощів при виконанні подібних експертиз через відсутність критеріїв оцінки дефектів надання медичної допомоги [5]. Оцінюючи дефекти лікування (діагностики), в першу чергу необхідно встановити правильність або неправильність надання допомоги. При цьому керуватися необхідно насамперед положеннями нормативно-правових актів, а також суто медичними документами, прийнятим в практиці роботи лікарів (стандартами надання медичної допомоги) [4]. Під час проведення подібних експертиз слід детально вивчати медичну документацію, щоб потім мати можливість її аналізувати [3]. Щоб зрозуміти найпоширеніші помилки у наданні медичної допомоги слід проаналізувати клінічні випадки, встановити особливості, закономірності та виявити основні причини дефектів надання медичної допомоги, при цьому також слід враховувати можливості співпадіння чи розходження клінічних діагнозів з патоморфологічними [2]. Оскільки такий показник, як дододобова летальність, відображає якість надання медичної допомоги на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах, слід вивчати його більш детально [1,6,7]. Дана публікація присвячена вивченню дефектів надання медичної допомоги померлим дододобово у залежності від тривалості лікування та знаходження пацієнтів у стаціонарі.

Мета дослідження – вивчення дефектів надання медичної допомоги у багатопрофільній лікарні м. Київ померлим дододобово у залежності від тривалості лікування та знаходження пацієнтів у стаціонарі.

Об'єкт і методи дослідження. Проведено ретроспективний аналіз 51 випадку дододобової летальності у Київській міській клінічній лікарні № 5 за 2009 р. У дослідженні було проаналізовано історії хвороб померлих, що знаходилися в архіві КМКЛ №5 та супровідні талони бригад ЕШМД, що знаходилися в історіях хвороб). Отримані дані підлягали статистичній обробці за допомогою програм STATISTICA 5,0 та Excel XP. Критичне значення рівня значимості приймалося $p < 0,05$.

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

В результаті досліджень були отримані наступні дані.

Порівняння груп померлих дододобово за часом поступлення до лікарні. Пацієнти поступали до стаціонару в 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.

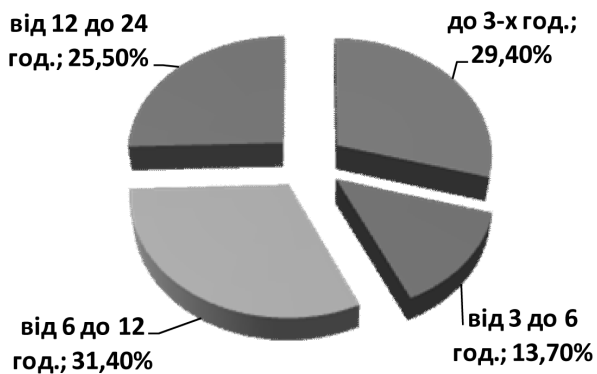


Рис. 1. Розподіл померлих додобово на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах у залежності від тривалості лікування та знаходження пацієнтів у стаціонарі, %. Тривалість лікування пацієнтів у стаціонарі до 3-х год., від 3 до 6 год., від 6 до 12 год. та 12-24 год.

00 хв. – 1 год. 59 хв. (9 (17,65%) хворих); VI – 2 год. 00 хв. – 5 год. 59 хв. (8 (15,69%) пацієнтів).

Наступним кроком було порівняння надання медичної допомоги пацієнтам у залежності від тривалості лікування (знаходження) пацієнтів у стаціонарі (рис. 1).

У групі пацієнтів, померлих до 3 год. середній вік становив $65,7 \pm 2,5$ р. Середній вік хворих, померлих у проміжок часу 3-6 год. – $73,9 \pm 2,3$ р. У групі пацієнтів померлих у проміжок часу від 6 до 12 год. середній вік становив $71,9 \pm 2,4$ р. Середній вік хворих, померлих у проміжок часу 12-24 год. – $60,5 \pm 4,7$ р. Відмінність при цьому статистично достовірна ($p < 0,05$).

Летальні наслідки у осіб жіночої статі до 3 год. спостерігали в $60,0 \pm 12,6\%$ (9) випадках, а в період часу 3-6 год. констатовано $14,3 \pm 13,2\%$ (1) випадках. Відмінність мала достовірний характер ($p < 0,05$). Летальні наслідки у осіб чоловічої статі констатовано до 3 год. у $40,0 \pm 12,6\%$ (6) спостереженнях та у $85,7 \pm 13,2\%$ (6) випадках в період часу 3-6 год. ($p < 0,05$). Летальні наслідки у осіб жіночої статі у проміжку часу від 6 до 12 год. спостерігали в $62,5 \pm 12,1\%$ (10) випадках, а в період часу 12-24 год. констатовано у $46,2 \pm 13,8\%$ (6) випадках. Відмінність мала недостовірний характер ($p < 0,05$). Летальні наслідки у осіб чоловічої статі констатовано у проміжок часу від 6 до 12 год. у $37,5 \pm 12,1\%$ (6) спостереженнях та у $53,8 \pm 13,8\%$ (7) випадках в період часу 12-24 год. Відмінність при цьому також мала недостовірний характер ($p > 0,05$).

Захворюваннями, що зумовлювали безпосередню причину смерті в кожному конкретному випадку були хвороби системи кровообігу: $80,0 \pm 10,3\%$ (12) хворих з тривалістю лікування до 3 год. та $85,7 \pm 13,2\%$ (6) пацієнтів з тривалістю лікування 3-6 год. Відмінність при цьому була незначною ($p = 0,05$). Серед захворювань,

що зумовлювали безпосередню причину смерті були хвороби системи кровообігу: у $81,3 \pm 9,8\%$ (13) хворих з тривалістю лікування 6-12 год. та $46,2 \pm 13,8\%$ (6) пацієнтів з тривалістю лікування 12-24 год. Відмінність при цьому була статистично достовірною ($p < 0,05$).

У $20,0 \pm 10,3\%$ (3) пацієнтів з тривалістю лікування до 3 год. та $14,3 \pm 13,2\%$ (1) хворих з тривалістю лікування 3-6 год. констатовано інші захворювання, що призводили до летальних наслідків. Різниця мала недостовірний характер ($p < 0,05$). У $18,8 \pm 9,8\%$ (3) пацієнтів з тривалістю лікування 6-12 год. та $53,8 \pm 13,8\%$ (7) хворих з тривалістю лікування 12-24 год. констатовано інші захворювання, що призводили до летальних наслідків. Різниця мала недостовірний характер ($p < 0,05$).

Розходження діагнозу медичних працівників ЕШМД та патоморфологічного діагнозу констатовано по 1 випадку пацієнтів при тривалості лікування

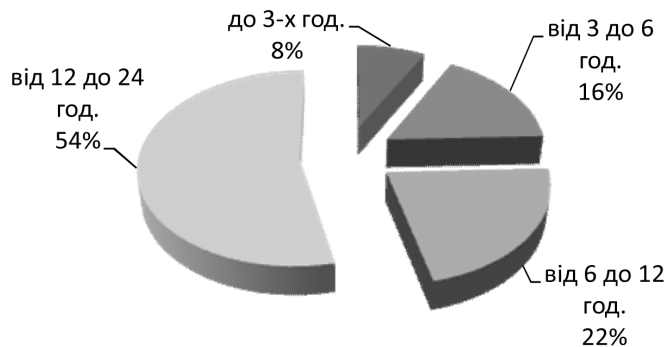


Рис. 2. Питова вага розходження діагнозу медичних працівників ЕШМД та патоморфологічного діагнозу на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах у залежності від тривалості лікування та знаходження пацієнтів у стаціонарі.

до 3 год. та 3-6 год, що становило відповідно: $6,7 \pm 6,4\%$ та $14,3 \pm 13,2\%$ ($p > 0,05$). Розходження діагнозу, встановленого працівниками ЕШМД та патоморфологічним діагнозом мало місце у $18,8 \pm 9,8\%$ (3) спостережень при тривалості лікування 6-12 год. та $46,2 \pm 13,8\%$ (6) випадків при тривалості лікування 12-24 год. Відмінність при цьому мала достовірний характер ($p < 0,05$).

Співпадання діагнозу при тривалості лікування до 3 год. встановлено у $93,3 \pm 6,4\%$ (14) спостережень та $85,7 \pm 13,2\%$ (6) випадків при тривалості лікування 3-6 год. Відмінність при цьому була також незначною ($p < 0,05$). Співпадання діагнозу при тривалості лікування 6-12 год. встановлено у $81,3 \pm 13,2\%$ (13) спостережень та $53,8 \pm 13,8\%$ (7) випадків при тривалості лікування 12-24 год. ($p < 0,05$) (рис. 2).

ЕКГ-дослідження на ДГЕ не було виконано з метою уточнення діагнозу $60,0 \pm 12,6\%$ (9) пацієнтам, що померли до 3 год. та $85,7 \pm 13,2\%$ (6) хворим, в яких летальні випадки трапилися у період 3-6 год з моменту госпіталізації ($p < 0,05$). ЕКГ-дослідження на ДГЕ не було виконано $68,8 \pm 11,6\%$ (6) пацієнтам, що померли у проміжок часу 6-12 год. та

92,3±7,4% (12) хворим, в яких летальні випадки трапилися у період 12-24 год. з моменту госпіталізації. Відмінність між показниками групи померлих проміжок часу 6-12 год. та значеннями групи померлих 12-24 год. мала недостовірний характер ($p \geq 0,05$).

Здійснення ЕКГ працівниками ЕШМД відмічено у 40,0±12,6% (6) спостереженнях з летальними наслідками до 3 год. від госпіталізації та 14,3±13,2% (1) з летальними випадками у проміжок часу 3-6 год. ($p \geq 0,05$). Здійснення ЕКГ працівниками ЕШМД відмічено у 31,3±11,6% (5) спостереженнях з летальними наслідками у проміжок часу 6-12 год. з миті госпіталізації та у 7,7±7,4% (1) спостереженнях з летальними випадками у проміжок часу 12-24 год. Відмінність при цьому мала недостовірний характер ($p \geq 0,05$). При цьому недостатня кількість виконаних ЕКГ викликала труднощі в діагностуванні на ДГЕ.

Внутрішньовенний доступ на етапі ЕШМД з метою введення медикаментів та здійснення інфузійної терапії на ДГЕ був виконаний 66,7±12,2% (10) пацієнтам, що померли до 3 год. та 42,9±18,7% (3) хворим, в яких летальні випадки трапилися у період 3-6 год. від госпіталізації ($p \geq 0,05$). Внутрішньовенний доступ на етапі ЕШМД на ДГЕ був виконаний 75,0±10,8% (12) пацієнтам, що померли у проміжок часу 6-12 год. та 53,8±13,8% (7) хворим, в яких летальні випадки трапилися у період 12-24 год. від госпіталізації ($p \geq 0,05$).

Відсутність внутрішньовенного доступу для введення лікарських препаратів констатовано у 33,3±12,2% (5) пацієнтів, що померли до 3 год. та 57,1±18,7% (4) хворих, в яких летальні випадки трапилися у період 3-6 год. від госпіталізації ($p \geq 0,05$). Відсутність внутрішньовенного доступу для введення лікарських препаратів констатовано у 25,0±10,8% (4) пацієнтів, що померли у проміжок часу 6-12 год. та 46,2±13,8% (6) хворих, в яких летальні випадки трапилися у період 12-24 год. від госпіталізації ($p \geq 0,05$).

Здійснення фармакотерапії на ДГЕ у пацієнтів при летальних випадках до 3 год. констатовано у 86,7±8,8% (13) спостереженнях та 71,4±17,1% (5) випадках в яких летальні наслідки мали місце у період 3-6 год. від госпіталізації ($p > 0,05$). Здійснення фармакотерапії на ДГЕ у пацієнтів, що згодом померли у проміжок часу 6-12 год. констатовано у 81,3±9,8% (13) спостереженнях та 61,5±13,5% (8) випадках в яких летальні наслідки мали місце у період 12-24 год. від госпіталізації ($p > 0,05$).

Відсутність введення медикаментів працівниками ЕШМД зафіксована у 13,3±8,8% (2) пацієнтів, що померли до 3 год. та у 28,6±17,1% (2) хворих, в яких летальні випадки трапилися у період 3-6 год. від госпіталізації ($p \geq 0,05$). Відсутність введення медикаментів працівниками ЕШМД зафіксована у 18,8±9,8% (2) пацієнтів, що померли у проміжок часу 6-12 год. та у 38,5±13,5% (5) хворих, в яких летальні випадки трапилися у період 12-24 год. від госпіталізації ($p \geq 0,05$).

Киснева терапія на ДГЕ здійснювалась у 13,3±8,8% (2) хворих з тривалістю лікування до 3 год. та 14,3±13,2% (1) пацієнтів з тривалістю лікування 3-6 год. Відмінність при цьому була незначною ($p \geq 0,05$). Киснева терапія на ДГЕ здійснювалась у 31,3±11,6% (5) хворих з тривалістю лікування у проміжок часу 6-12 год. та 61,5±13,5% (8) пацієнтів з тривалістю лікування 12-24 год. Відмінність між показниками групи померлих у проміжок часу 6-12 год. та значеннями групи померлих 12-24 год. мала недостовірний характер ($p \geq 0,05$).

Відсутність кисневої терапії на ДГЕ констатовано у 86,7±8,8% (13) хворих, в яких летальні випадки трапилися у період до 3 год. від госпіталізації та у 85,7±13,2% (6) хворих, в яких летальні випадки виникли у період 3-6 год. від госпіталізації. Відмінність при цьому мала недостовірний характер ($p \geq 0,05$). Відсутність кисневої терапії на ДГЕ констатовано у 68,8±11,6% (11) хворих, в яких летальні випадки трапилися у період у проміжок часу 6-12 год. від госпіталізації та у 38,5±13,5% (5) хворих, в яких летальні випадки виникли у період 12-24 год. від госпіталізації. Відмінність при цьому мала також недостовірний характер ($p \geq 0,05$).

Слід також зазначити, що приблизно 74,5% (38) усіх пацієнтів з хворобами системи кровообігу пізно звернулися за медичною допомогою.

Максимальна кількість померлих додобово серед тих пацієнтів, що перебували у стаціонарі до 3-х год. спостерігалася у III кварталі року – 46,7±12,9% (7), з 3-х до 6 год. – у IV кварталі року – 57,1±18,7% (4), з 6 до 12 год. – у II та IV кварталах року – по 31,3±11,6% (по 5). Відмінність при цьому мала недостовірний характер ($p \geq 0,05$). Максимальна кількість померлих додобово серед тих пацієнтів, що перебували у стаціонарі від 12 до 24 год. – у I кварталі року 38,5±13,5% (5). Відмінність при цьому мала достовірний характер ($p < 0,05$).

Максимальна кількість померлих додобово серед тих пацієнтів, що перебували у стаціонарі до 3-х год. спостерігалася у V часовому проміжку їх поступлення до стаціонару (22 год. 00 хв. – 1 год. 59 хв.) – 33,3±12,2% (5). Відмінність при цьому мала недостовірний характер ($p \geq 0,05$). Максимальна кількість померлих додобово серед тих пацієнтів, що перебували у стаціонарі від 12 до 24 год. – у II квартал часовому проміжку їх поступлення до стаціонару (10 год. 00 хв. – 13 год. 59 хв.) – 46,2±13,8% (6). Відмінність при цьому мала достовірний характер ($p < 0,05$). Кількість померлих, серед тих пацієнтів, що перебували у стаціонару з 3 до 6 год. та з 6 до 12 год. була приблизно однаковою у різні проміжки часу. Відмінність при цьому мала недостовірний характер ($p \geq 0,05$).

В інфарктному відділенні лікувалось більшість померлих пацієнтів, що перебували у стаціонару від 6 до 12 год. – 75,0±10,8% (12). Відмінність при цьому мала недостовірний характер ($p \geq 0,05$).

Серед усіх померлих більшість було госпіталізовано ШМП, але максимальна кількість померлих

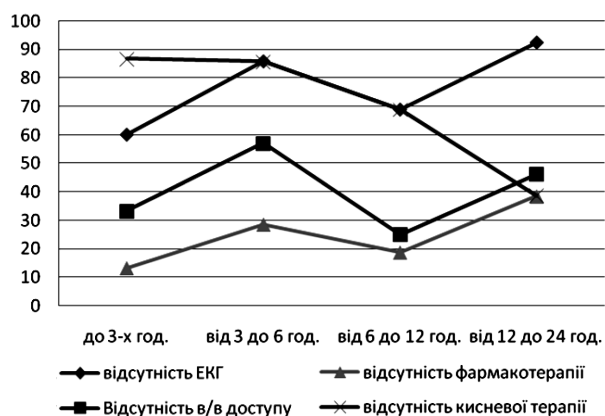


Рис. 3. Питова вага недоліків проведення лікувально-діагностичних заходів хворим на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах у залежності від тривалості лікування та знаходження пацієнтів у стаціонарі.

була госпіталізована ШМП саме серед тих померлих, які знаходилися у стаціонарі від 12 до 24 год. $-92,3 \pm 7,4\%$ (12). Відмінність при цьому мала недостовірний характер ($p \geq 0,05$).

Слід звернути увагу на те, що більш пацієнти працездатного віку (47-50 років) з хворобами серцево-судинної системи поступали до стаціонару у більш тяжкому стані, ніж ті, що були старше працездатного віку (старше 60 років).

Як видно із **рисунка 3**, проведення лікувально-діагностичних заходів хворим на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах у залежності від тривалості лікування та знаходження їх у стаціонарі має відмінності. Так, максимальна відсутність ЕКГ та внутрішньовенного доступу, здійснення фармакотерапії та кисневої терапії припадає час лікування та перебування хворих в стаціонарі від 3 до 6 год., а також від 12 до 24 год. (окрім показника відсутності надання кисневої терапії). Це свідчить про те, що максимальна кількість недоліків лікувально-діагностичного характеру, у своїй сукупності, припадає саме на такі терміни лікування та перебування пацієнтів у стаціонарі.

Висновки.

1. Найбільша кількість померлих (16) спостерігалася серед пацієнтів, що перебували у стаціонарі від 6 до 12 год.

2. Середній вік хворих, у залежності від тривалості перебування у стаціонарі, був старшим за працездатний. Більшість летальних випадків серед чоловіків спостерігалася у проміжок часу 3-6 год, а серед жінок – у проміжок часу до 3-х год.

3. Мінімальний термін знаходження у стаціонарі серед померлих дододово припадав на осінню та зимову пору року, максимальний – на весняну. Більшість померлих під час перебування у стаціонарі до 3-х год. відзначалася саме серед пацієнтів, що поступали до стаціонару у проміжок часу 22 год. 00 хв. – 1 год. 59 хв., а від 12-24 год. – серед пацієнтів,

що поступали до стаціонару у проміжок часу 10 год. 00 хв. – 13 год. 59 хв. Все це може свідчити про недоліки організаційного характеру в лікувальних закладах у осінній та зимовий період саме вночі.

4. Максимальна кількість померлих від захворювань системи кровообігу і найбільша кількість померлих в інфарктному відділенні спостерігалася серед пацієнтів, які перебували у стаціонарі від 3 до 6 год. та від 6 до 12 год., відповідно, що узгоджується із загальними даними щодо високого рівня смертності від захворювань органів судинної системи в популяції.

5. Приблизно 74,5% (38) усіх пацієнтів з хворобами системи кровообігу пізно звернулися за медичною допомогою, що свідчить про низьку санітарну культуру населення. Найбільша кількість померлих до 3-х год. спостерігалася серед хворих, які були направлені до стаціонару поліклінікою, а померлих від 12 до 24 год. – серед тих, хто був направлений ЕШМД, що може свідчити про дефекти надання медичної допомоги або несвоєчасне діагностування загрозливих станів лікарями амбулаторно-поліклінічних закладів.

6. Найбільша кількість розходження діагнозу, встановленого працівниками ЕШМД та патоморфологічним діагнозом мало місце серед померлих від 12 до 24 год., а найменша – серед померлих до 3-х год.

7. Максимальна кількість нездійснених ЕКГ, відсутності внутрішньовенного доступу, здійснення фармакотерапії та кисневої терапії припадає час лікування та перебування хворих в стаціонарі від 3 до 6 год., а також від 12 до 24 год. (окрім показника відсутності надання кисневої терапії). При цьому, саме недостатня кількість виконаних ЕКГ викликала труднощі в діагностуванні на ДГЕ. Це свідчить про те, що максимальна кількість недоліків діагностики та лікування, у своїй сукупності, припадає саме на такі терміни лікування та перебування пацієнтів у стаціонарі.

8. Таким чином недоліки організаційного характеру спостерігалися, як на догоспітальному, так і на ранньому госпітальному етапі, вночі, зокрема, в осінній та зимовий період; помилки лікувально-діагностичного характеру допускалися у більшості випадків лікарями амбулаторно-поліклінічних закладів.

Перспектива подальших досліджень передбачає аналіз летальних випадків із розходженням клінічного діагнозу та даних судово-медичної експертизи пацієнтів, що поступали в багатопрофільний стаціонар у невідкладних станах.

Результати проведеного дослідження дозволяють об'єктивно аналізувати дефекти надання медичної допомоги на догоспітальному та ранньому госпітальному етапі та виявити основні причини цих дефектів у випадках проведення судово-медичних експертиз з приводу лікарських помилок.

Література

1. Валеєв З. Г. Оцінка госпитального етапу оказання скорой медичинської допомоги больним при досуточній летальності / З. Г. Валеєв, В. Г. Беляков, Л. Я. Саляхова // Казанський медичинський журнал. – 2013. – Т. 94, № 1. – С. 111-114.
2. Верткін А. Л. Поліморбидність – причина діагностических помилок і расхождєния клінічєского і морфологическо-го діагнозов / А. Л. Верткін, Е. А. Петрик, О. Ю. Аристархова // Врач скор. пом. – 2012. – № 4. – С. 63-66.
3. Сміянов В. А. Визначєння якості медичної допомоги та концепції її розвитку / В. А. Сміянов // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2011. – № 1. – С. 86-95.
4. Стеблук В. В. Правові та морально-етичні аспекти кримінальних правопорушень у сфері професійної діяльності медичних працівників / В. В. Стеблук // Судово-медична експертиза. – 2013. – № 2. – С. 45- 48.
5. Судебно-медичинская експертиза [Елекстронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.melamed.com.ua/index.php?id=286> (2012). – Назва з екрану.
6. Федчишин Н. Є. Вартісна оцінка швидкої медичної допомоги в Тернополі / Н. Є. Федчишин // Вісник соціальної гігієни. – 2011. – № 4. – С. 106-108.
7. O'Brien E. C. Stroke mortality, clinical presentation and day of arrival: the Atherosclerotic Risk In Communities (ARIC study) / E. C. O'Brien, K. M Rose., E. Shakar, W. D. Rosamond // Stroke Res Treat. – 2011. – Vol. 2011. – P. 1-8.

УДК 340. 6: 614. 23/. 25: 616-082

СУДОВО-МЕДИЧНА ОЦІНКА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОМЕРЛИМ ДОДОБОВО У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТРИВАЛОСТІ ЛІКУВАННЯ ТА ЗНАХОДЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ У СТАЦІОНАРІ

Плетенецька А. О.

Резюме. Проведено ретроспективний аналіз випадків додобової летальності у багатопрофільній лікарні м. Києва та вивчення дефектів надання медичної допомоги померлим додобово у залежності від тривалості лікування та знаходження пацієнтів у стаціонарі. Летальні випадки аналізували за різними показниками. Також враховували співпадіння чи розходження діагнозу медичних працівників ШМД з патоморфологічним діагнозом та дефекти надання медичної допомоги. Результати допоможуть аналізувати дефекти надання медичної допомоги на догоспітальному та ранньому госпітальному етапі та виявити основні причини цих дефектів у випадках проведення судово-медичних експертиз з приводу лікарських помилок.

Ключові слова: судово-медична експертиза, додобова летальність, часовий проміжок, тривалість лікування, дефект надання медичної допомоги.

УДК 340. 6: 614. 23/. 25: 616-082

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УМЕРШИМ ДОСУТОЧНО В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И НАХОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАРЕ

Плетенецкая А. А.

Резюме. Проведен ретроспективний аналіз случаев досуточной летальности в многопрофильной больницы г. Киева и изучение дефектов оказания медицинской помощи умершим досуточно в зависимости от продолжительности лечения и нахождения пациентов в стационаре. Летальные случаи анализировали по различным показателям. Также учитывали совпадения или различия диагноза медицинских работников СМП с патоморфологическим диагнозом и дефекты оказания медицинской помощи. Результаты помогут анализировать дефекты оказания медицинской помощи на догоспитальном и раннем госпитальном этапе и выявить основные причины этих дефектов в случаях проведения судебно-медицинских экспертиз по поводу врачебных ошибок.

Ключевые слова: судебно -медицинская экспертиза, досуточная летальность, временной промежутков, продолжительность лечения, дефект оказания медицинской помощи.

UDC 340. 6: 614. 23/. 25: 616-082

Forensic Medical Estimation of Provide Medical Care Persons, who Died up to 24 Hours, Depending on the Duration of Treatment and Presence in Hospital

Pletenetskaya A. A.

Abstract. The retrospective analysis of cases of the lethality up to 24 hours in General Hospital of Kiev was made. Defect of provide medical care persons, who died up to 24 hours, depending on the duration of treatment and presence in hospital were studied. Fatal cases were analyzed according to various indicators. 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. The features of medical care in a health facility in the prehospital and early hospital stages in different time periods of the day were studied. 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. Also coincidence or differences of diagnosis medical workers ambulance with pathologic diagnosis and defects of medical care were accounted. Such results were obtained:

The largest number of deaths (16) was observed among patients who were in hospital from 6 to 12 hours.

The average age of patients, depending on duration of treatment, was older than functional. Most deaths among men was observed in the time interval 3-6 h, and women – in the period of time up to 3 hours.

The minimum term of the hospital deaths up to 24 hours accounted for autumn and winter, the maximum -to spring. Most deaths during of presence in hospital up to 3 hours was observed among patients, who acted to hospital in time interval 22 h. 00 min. – 1 h. 59 min., and from 12-24 h. – among patients, who acted to hospital in time interval 10 h. 00 min. – 13 h. 59 min. This may indicate deficiencies in organizational hospitals in autumn and winter at night.

Maximum number of deaths from diseases of the circulatory system and the largest number of deaths in the infarct department was observed among patients, who were in hospital from 3 to 6 hours and from 6 to 12 hours, respectively, which is consistent with the general data on the high mortality rates from diseases of the circulatory system in the population.

Approximately 74. 5% (38) of all patients with cardiovascular diseases later sought medical attention, indicating a poor sanitation habits of the population. The largest number of deaths up to 3 hours observed among patients, who were referred to the hospital from outpatient clinic, and deaths from 12 to 24 hours – among those, who had been sent by ambulance, that may indicate a defects medical assistance or delay in diagnosis of threatening conditions by doctors of outpatient clinics.

The greatest number of distinctions diagnosis between ambulance and pathomorphological diagnosis occurred among deaths from 12 to 24 h., and the lowest – among the dead to 3 hours.

The maximum number of unfulfilled ECG, absence intravenous access, drug therapy, inhalation oxygen, occurred among of patients who stay in the hospital from 3 to 6 hours and 12 to 24 hours (except indicator providing oxygen therapy). Thus, it is an insufficient number of executed ECG caused difficulties in diagnosis in prehospital period. This indicates that the maximum number of shortcomings of diagnosis and treatment, taken together, falls on such duration of treatment patients in the hospital.

The results will help to analyze the defects of medical care in the prehospital and early hospital phase and to identify the main causes of these defects in cases of forensic reports about medical errors.

Key words: forensics, lethality up to 24 hours, time period, duration of treatment, defect of provide medical care.

Рецензент – проф. Мішалов В. Д.

Стаття надійшла 11. 03. 2014 р.