

КЛИНИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОШИБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧЕЙ ПРИ РАСПОЗНАВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ БОТУЛИЗМА

© 2006 г. Е.И. Клишина, Ю.М. Амбалов

Цель работы – анализ качества оказания лечебно-диагностической помощи больным ботулизмом.

Материалы и методы. Ретроспективному анализу была подвергнута медицинская документация 104 больных, находившихся в инфекционных стационарах г. Ростова-на-Дону и области, с верифицированным диагнозом: ботулизм. Преобладали лица в возрасте от 20 до 50 лет (79,8 %), чаще женщины (62,5 %). Заболевание протекало преимущественно в среднетяжелой и тяжелой формах (80,8 %). Летальность составила 9,6 %.

Для оценки качества лечебно-диагностической помощи, оказываемой больным ботулизмом на амбулаторно-поликлиническом этапе и в инфекционных стационарах, нами квалифицировались следующие диагностические и лечебные дефекты. К числу первых мы относили: 1) нераспознание основного заболевания; 2) позднюю диагностику ботулизма; 3) необоснованное проведение или непроведение обследования больного при правильно установленном диагнозе; 4) неправильную оценку тяжести ботулизма. Среди дефектов лечебной деятельности выделяли: 1) неправильное лечение или непроведение лечения основного заболевания; 2) поздно начатое (несвоевременное) лечение ботулизма; 3) лечение ботулизма, не соответствующее тяжести заболевания (недостаточное или избыточное); 4) назначение больному лекарственных средств без учета противопоказаний, совместимости, регламентированных доз и путей их введения.

Причины дефектов лечебно-диагностических действий врачей амбулаторно-поликлинического звена (АПЗ) и врачей-инфекционистов стационара подразделяли на субъективные и объективные. Первые, как известно, зависят исключительно от личностных и профессиональных качеств врача, вторые – с ними не связаны.

Результаты. Исследования показали, что среди больных, впервые обратившихся за медицинской помощью к врачам АПЗ, ботулизм не был распознан у 44,8 % (43 чел.). Значительная часть пациентов (46,6 %) обращалась к врачам позже вторых суток заболевания, когда клинические проявления ботулизма имели выраженный характер. Однако это никак не повлияло на качество диагностики. Среди больных, обратившихся в первые двое суток заболевания, у 32 ботулизм не был распознан вообще. К счастью, из-за тяжести состояния указанные пациенты были направлены в стационары.

Такой дефект диагностики, как нераспознавание основного заболевания, у врачей приемного отделения встречался лишь в 2,9 %, а у врачей инфекционных стационаров не регистрировался вообще.

Аналогичные показатели регистрировались и при таком дефекте лечения, как неправильное лечение или непроведение лечения, что представляется вполне закономерным.

Анализируя причины этих лечебно-диагностических дефектов, мы пришли к выводу, что все они были обусловлены субъективными обстоятельствами, в первую очередь, отсутствием необходимых профессиональных знаний и умений у врачей по постановке предварительного диагноза и как следствие по назначению правильного лечения.

Частота «поздней диагностики» и «поздно начатого лечения» характеризовались иной динамикой. Эти дефекты на каждом из этапов ведения больных ботулизмом выявлялись в 24,0, 46,2 и 46,2 % случаев. Среди причин последних превалировали таковые объективного характера, в частности, позднее обращение больного за медицинской помощью. Только у 4,2 % больных этот дефект был обусловлен субъективными причинами.

Необоснованное проведение или непроведение обследования больного мы рассматривали лишь у пациентов с правильно поставленным диагнозом. У врачей АПЗ эта ошибка был установлена в 53,1 % случаев, у врачей приемного отделения – в 1,9 %, а инфекционисты стационара этого не допускали. В 100 % случаев данный дефект был обусловлен субъективной причиной.

Неправильно оценивалась тяжесть болезни врачами АПЗ в 39,6 % случаев, врачами приемного отделения – в 16,3; а инфекционистами стационаров – в 18,3 %. Во всех случаях это было вызвано субъективными причинами.

Лечебные мероприятия, не соответствовавшие тяжести течения основного заболевания (недостаточное или избыточное лечение), выявлялись нами у больных с правильно установленным диагнозом. У врачей АПЗ эта ошибка была зарегистрирована в 50,0 % случаев, у врачей приемного отделения – в 88,5; у инфекционистов стационара – в 59,6 %.

Неправильное использование лекарственных средств было отмечено врачами приемного покоя инфекционных стационаров и врачами стационара у двух и у одного пациента. Последние два лечебных дефекта носили исключительно субъективный характер.

Проведенный анализ причин возникновения лечебно-диагностических дефектов наглядно показывает, что большинство из них возникает по субъективным обстоятельствам. По нашим данным, они регистрировались в 71,0 % всех случаев и были обусловлены профессиональной некомпетентностью врачей.

Такого рода дефекты, фатально повлиявшие на исход и течение заболевания, способствовавшие развитию тяжелых форм болезни, при предъявлении пациентами соответствующих исков могут стать предметом юридического рассмотрения. Все дефекты лечебно-диагностической деятельности врачей субъективного характера могут квалифицироваться с позиции уголовного кодекса РФ как «преступные деяния, совершенные по неосторожности».

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о недостаточном уровне оказания лечебно-диагностической помощи больным ботулизмом на всех этапах их ведения. При этом врачами АПЗ и инфекционистами до-пускается большое число ошибок субъективного характера, которые могут привести к неблагоприятным клиническим и правовым последствиям.