

Анализ параметров КЖ, полученных в результате контрольного анкетирования после применения комплексной образовательной программы, показал достоверное повышение их уровней (табл.). Интегральный показатель КЖ достоверно возрос у больных обучаемых групп на 12,5% и 17,4% за счет улучшения показателей самооценки здоровья: ОВЗ – на 18,0% и 21,4%, ФФ – на 29,2% и 42,9%; СОВС, ПФ, ЖС на 11,2; 7,6; 15,8% и 27,0; 4,7; 47,5%, соответственно. Статистически значимое повышение показателей КЖ по критериям ЖС и ФФ связываем с купированием болевого и диспепсического синдромов (повышение показателей до 4,7 и 4,3 балла, соответственно). Показатели ПФ возросли у больных с ТРЯ за счет повышения адаптационных возможностей организма вследствие снижения уровня тревожности, нормализации эмоционального статуса, что сказалось на росте показателей РЭФ в результате возможности контроля за своим самочувствием при повышении санитарной грамотности пациентов. У больных же с осложненным течением ЯБ отмечается только тенденция к улучшению параметров социального, ролевого эмоционального и психического функционирования. Это связываем с выраженной стартовой психо-социальной дезадаптацией у данных пациентов, их низкой социальной активностью, что отразилось на уровне общего восприятия здоровья в целом.

Литература:

1. Молчанова Л.Ф., Кудрина Е.А., Шкатова Е.Ю. Оценка качества жизни как критерий эффективности лечения больных с хронической патологией // *Здравоохранение*, 2006. – С. 43-47.
2. Новик А.А., Ионов Т.И. Исследование качества жизни в медицине / под ред. Ю.Л. Шевченко. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 304 с.
3. Рутгайзер Я.М., Михайлов А.Г. Возможности оценки качества жизни больных в гастроэнтерологической практике // *Клиническая медицина*. – 1999. – № 3. – С. 35-38.
4. Шпирна А.И. Показатели качества жизни больных язвенной болезнью в период ремиссии: автореф. дисс. ... канд. мед. наук – Смоленск. 1999. – 12 с.
5. Cella D.F. Quality of life. Jlu concept // *Journal of Palliative Care*. – 1992. – V. 8(3). – P. 8-13.
6. Oliver J.P. et al. Measuring the quality of life of severely mentally ill people used the Lancoshire. Quality of life profile // *Soc. Psych* – 1997. – V. 32(2). – P. 76-83.
7. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization // *Soc. Sci. Med.* – 1995. – V. 41. – P. 1403-1409.

Как явствуют результаты опроса, получили достаточно знаний о здоровом образе жизни и о своем заболевании 98,0 из 100 пациентов (против 21,6 – до обучения). Углубились знания пациентов о заболевании, что подтверждает увеличение правильных ответов при тестировании (с $58,8 \pm 0,9$ до $81,9 \pm 1,2\%$). Повысилась мотивация у пациентов на выполнение оздоровительных практик по закаливанию (на 49,0%), соблюдению режима труда и отдыха (на 35,3%), активизации двигательной активности (на 60,8%), рациональному питанию (на 49,0%).

Таким образом, параметры КЖ обладают независимой прогностической значимостью и являются критериями качественной и количественной оценки состояния больного. Полученные данные свидетельствуют о низком уровне КЖ больных ЯБ, понижающемся при утяжелении течения заболевания. Установлена зависимость показателей КЖ с уровнем психоэмоциональной дезадаптации и длительностью язвенного анамнеза. Разработанный опросник «AQLPUD–ISMA» является важным инструментом индивидуального мониторинга КЖ больных ЯБ, а также может служить для скрининг-прогноза течения ЯБ. Внедрение образовательных программ с использованием инновационных сестринских технологий и привлечением в качестве организатора гастро-школ менеджера сестринского дела повышает уровень КЖ пациентов за счет роста уровня гигиенической грамотности пациентов и мотивации их на здоровьесберегающее поведение и комплайнса.

© А.С. Димов, Н.М. Волкова, В.А. Баранов, О.А. Волкова, 2009
УДК 616.3

А.С. Димов, Н.М. Волкова, В.А. Баранов, О.А. Волкова

ОПЫТ ЭКСПЕРТИЗЫ КЛИНИЧЕСКИХ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ НА ПРИМЕРЕ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

Кафедра госпитальной терапии (зав. кафедрой – проф. Н.И. Максимов)
ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»

В статье предпринята попытка оценки моральных и этических качеств врача, по данным, отражающим клинические стороны ведения больных, на примере ведения больных с пневмонией, которая встречается в практике врачей любого профиля.

Ключевые слова: пневмония, деонтология, ответственность врача.

EXPERIENCE OF EXAMINATION OF CLINICAL AND DEONTOLOGICAL DEFECTS ON THE EXAMPLE OF CONDUCTING PATIENTS WITH THE OUT OF HOSPITAL PNEUMONIA OF THE HEAVY CURRENT

A.S. Dimov, N.M. Volkova, V.A. Baranov, O.A. Volkova

In article attempt of an estimation of moral and ethical qualities of the doctor, on the data reflecting the clinical parties of conducting of patients, on an example of conducting patients with a pneumonia which meets in practice of doctors of any profile is undertaken.

Key words: pneumonia, deontology, responsibility of the doctor.

Теоретических обоснований о возрастающей роли этики и деонтологии предостаточно. Но нет методик

анализа деонтологической тактики врача и не существует четких общепринятых критериев оценки моральных

и этических качеств врача, как и нет, по данным ВОЗ, точных критериев пригодности к врачебной деятельности [1]. В качестве универсального объекта, отражающего клинические и деонтологические стороны ведения больных, может служить пневмония, которая встречается в практике врачей любого профиля. Если объективные стороны (тяжесть, атипичность, осложнения заболевания и т.д.) в ведении больных с внебольничной пневмонией (ВП) анализируются достаточно часто, то субъективный аспект дела (адекватность терапии) исследован мало.

Цель исследования. Оценить некоторые клинические и деонтологические дефекты ведения больных на примере анализа историй болезни с внебольничной пневмонией тяжелого течения (ВПТТ).

Материал и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ данных 185 историй болезни городских стационаров с диагнозом ВП со средним и тяжелым течением. ВП с легким течением (и амбулаторным наблюдением) в разработке не было. Критериями включения в исследование было наличие демонстративной клинической картины заболевания, а именно: острого инфекционно-воспалительного процесса с явлениями лихорадки и острой интоксикации; экссудативных и инфильтративных процессов в легких по данным рентгенографических исследований или вскрытий; лабораторных показателей, как правило, клинических анализов (преимущественно белой) крови, которые вписывались в клиническую картину заболевания и «гармонизовали» с предыдущими группами данных. Лиц в возрасте от 18 до 87 лет было: мужчин 136 (73,5%) и женщин 49 (26,5%), средний возраст 52,7, в том числе имелось 85 случаев с летальным исходом (использованы данные 84 секций) и 100 лиц, выписанных из стационаров.

На основе Российского респираторного общества (2006), было выделено 38 случаев ВП средней тяжести – ВПСТ (1 группа) и 147 случаев квалифицированы как ВПТТ (2 группа), в том числе в 85 случаях с летальным исходом. Рассматриваемые ниже параметры ведения больных оценивались по абсолютным и/или балльным показателям, где адекватные моменты (или иные нормальные показатели) градуировались в 1 балл и неадекватные (недостаточные) действия врачей, согласно специально разработанной шкале, соответствовали в 2-5 баллов. Достоверность параметров в группах определялась по общепринятой методике с получением критерия Стьюдента. Группы не имели различия по полу, возрасту, семейному положению и образованию.

Результаты исследования и их обсуждение. Госпитализация 185 больных с ВП была произведена преимущественно врачами «скорой помощи» – в 87%, врачами поликлиник или иными специалистами – в 12,46% и пульмонологом в одном случае. Отсутствие рентгенологических (R) исследований (21 случай или 14,3%) имелось только во 2 группе. В целом среднее число R-исследований отмечено больше в 1, чем во 2 группе, соответственно $3,08 \pm 0,22$ и $2,33 \pm 0,14$ ($p < 0,01$). Анализ своевременности 164 R-исследований ВП показал, что оно было проведено в 1 день госпитализации в 112 (68,3%), а в 12 (7,3%) случаях – спустя 5 и более дней. Активность врачей по R-исследованию органов грудной клетки (среднее число R-исследований за единицу времени в период госпитализации) была достоверно худшей при ведении ВПТТ, чем при ВПСТ, соответственно $2,65 \pm 0,17$ и $3,86 \pm 0,24$ ($p < 0,001$).

Качество R-исследований по обнаружению инфильтрации в легких было также хуже во 2 группе, чем в 1, соответственно $1,15 \pm 0,07$ и $1,0 \pm 0$ ($p < 0,05$). В 64 случаях из

84 аутопсий при ВПТТ было идеальное совпадение диагнозов (секционного и рентгенологического) в 36, хорошее и удовлетворительное – в 16 случаях, что в сумме составило 81,25%, а остальных случаях было малоопределенное или иное (ошибочное) рентгенологическое заключение.

Период от начала заболевания до госпитализации среди 147 больных с ВПТТ колебался от 1 дня (в 5 случаях) до 30 и более дней (в 20 случаях), а оптимальный период госпитализации в первые 2-3 дня был соответственно в 1 и 2 группах в 3 (7,89%) и 30 (21,58%) случаях при $p < 0,05$. В целом по этому показателю группы не имели достоверного отличия, соответственно $10,45 \pm 1,33$ и $10,55 \pm 0,79$ дней.

Срок установления диагноза ВП как основного заболевания от начала госпитализации колебался от 0 до 16 дней, при этом в среднем он составил, соответственно в 1 и 2 группе, $1,05 \pm 0,05$ и $1,71 \pm 0,21$ ($p < 0,01$) дня; а в первый день это произошло – в 36 (92,3%) и в 113 (83,7% от 135) случаях.

Состояние больного в день госпитализации по оценке врача (переведенное в баллы), как и следовало, ожидать, достоверно разнилось – $3,42 \pm 0,15$ и $4,21 \pm 0,09$ ($p < 0,001$), и представлялось как «тяжелое» соответственно в 10 (25,6%) и 89 (61,8%) из 144 известных случаев. Длительность госпитализации колебалась в 1 группе от 13 до 82 дней, а во второй – от нескольких часов и также до 82 дней, в последней она по средним показателям была меньше, соответственно $35,24 \pm 3,16$ и $17,9 \pm 1,6$ дней ($p < 0,001$), за счет 34 (23,28%) случаев досрочных госпитальных эпизодов.

Совпадение диагнозов направления и клинического (заключительного), соответственно в 1 и 2 группах, имелось в 33 (84,6%) и 88 (62,85%) случаях. Полное расхождение диагнозов в 1 и 2 группах имелось, соответственно в одном и в 37 (26,4%) случаях. В целом по этому показателю (в баллах) имелось достоверное отличие ($p < 0,001$) соответственно в 1 и 2 группах – $1,37 \pm 0,15$ и $2,3 \pm 0,15$. При ВПТТ расхождения клинического и секционного диагнозов были по основному диагнозу в 33 (41,77%), по конкурирующему заболеванию и осложнениям основного ещё в 9 (11,39%) случаях.

В 31 случае из 185 ВП имелись данные за септический процесс, который достоверно чаще ($p < 0,001$) был при ВПТТ, чем при ВПСТ (29 и 2), однако посев крови был произведен только в трети (10) случаях. Пребывание в ОРИТ отсутствовало в 37 (41,5%) случаях у 90 нуждавшихся больных. Перевод был в день смерти – в 13, за «экватором» госпитализации – 3, до «экватора» – в 6 случаях, а своевременным (в 1 день госпитализации) был только в 31 (34,4%) случае, что соответственно в 1 и 2 группах проявилось в $1,0 \pm 0,0$ и $3,26 \pm 0,19$ балла ($p < 0,001$).

В случаях ведения больных с ВПТТ следовало ожидать более интенсивной терапии, чем при ВПСТ, в частности достаточной и своевременной антибактериальной (а/б) терапии.

Применение а/б терапии на догоспитальном этапе было обнаружено в 31 случае, соответственно в 1 и 2 группе в 13 (34,2%) и 18 (13,5%) случаях, или в баллах – $2,33 \pm 0,3$ и $1,55 \pm 0,12$ ($p < 0,001$). В стационарных условиях стартовая а/б терапия (в виде монотерапии) была условно идеальной по дозе (80-100% от максимальной суточной дозы) при ВПСТ в 37 (94,9%) случаях, а при ВПТТ – в 74 (55,22%) и ещё в достаточной мере – в 9 (6,7%) случаях. В остальных 22 (16,4%) она была в умеренной или явно недостаточной, а ещё в 29 (21,6%) случаях – в имитационной дозе. В целом по дозировкам а/б терапия была двукратно хуже при ВПТТ, соответственно в 1 и 2 группе – $1,03 \pm 0,03$ и $2,16 \pm 0,13$ балла ($p < 0,001$).

Длительность стартовой а/б терапии колебалась от нескольких часов до 13 дней, в целом она была более продолжительной при ВПТТ, а среднее число дней (в баллах) а/б терапии было, соответственно в 1 и 2 группах $2,05 \pm 0,07$ и $2,67 \pm 0,16$ ($p < 0,001$).

Своевременность назначения антибиотиков при ВПСТ и ВПТТ (если таковую считать в первые 4 часа заболевания) отмечалась, соответственно в 1 и 2 группе: от начала заболевания – в 14,7% и 10,4% случаев, от начала лихорадки ($t > 37,5$) – в 2,7% и 3% случаях, от начала госпитализации – в 94,6 и 86,3% случаях. Достоверного отличия между группами по всем трем позициям не было. Многократное (2-3 раза в сутки) и внутривенное введение а/б было отмечено в подавляющем числе случаев и, соответственно в 1 и 2 группе было: в 21 (55,26%) и 100 (72,5%). В остальных случаях имело место внутримышечное введение а/б. Достоверного отличия по этому показателю не было. При отсутствии эффективности а/б его смена была своевременной, соответственно в 1 и 2 группе, в 18 (100%) и 39 (43,2%) случаях или в баллах $1,24 \pm 0,23$ и $2,68 \pm 0,18$ ($p < 0,001$).

Очевидно, что при ВПТТ требовалась активность терапии и по ряду других направлений. Тем не менее, было установлено, что терапия проводилась более активно (достаточно и/или своевременно) в 1, чем во 2 группе, соответственно в баллах, как по а/б терапии – $1,0 \pm 0$ и $1,29 \pm 0,08$ ($p < 0,001$), так и по: дезинтоксикационной терапии – $1,08 \pm 0,06$ и $2,18 \pm 0,11$ ($p < 0,001$); применению ингибиторов протеаз – $2,29 \pm 0,48$ и $3,63 \pm 0,18$ ($p < 0,05$); использованию кардиопротекторов – $1,4 \pm 0,23$ и $1,96 \pm 0,13$ ($p < 0,05$); и применения ИВЛ – $1,0 \pm 0$ и $2,97 \pm 0,25$ ($p < 0,001$). Имелись часто факты избыточного применения седативных средств преимущественно при ВПТТ, соответственно (в баллах) в 1 и 2 группах – $2,6 \pm 0,15$ и $3,11 \pm 0,11$ ($p < 0,01$).

Клинический анализ в деонтологическом аспекте 84 историй болезней ВПТТ с летальным исходом выявил, в частности, следующие ситуации.

1. Случаи отсутствия (3) и запоздалой (10) а/б терапии (всего 15,5%) при наличии клиники острого воспалительного процесса и лейкоцитоза (иногда до $16-27 \times 10^9$) расценивались как невежество или неграмотность врачей. Стартовая терапия заведомо неэффективными а/б при ВПТТ была в 23 (27,4%) случаях (например, цефалоспорины I поколения в 16 случаях и др.), кроме того, недостаточность дозировок была отмечена в 22 (26,2%) случаях, т.е. в этом числе имело место уклонение врача от своих обязанностей (невыполнение приказа МЗ РФ от 1998 г.) методом имитации а/б терапии. Зафиксирована пассивность (бездействие) врачей (не было смены а/б до 10-13 дней при его демонстративной неэффективности) в 6 (7,1%) случаях.

2. Данные вскрытий показали, что во всех случаях имелось развитие тотальной (бивентрикулярной) сердечной недостаточности (СН), проявлявшейся гемодинамическим и токсическим отеком легких, и одновременным отеком мозга, выраженными паренхиматозными (дистрофическими) изменениями всех внутренних органов и в том числе миокарда. В 33 (39,3%) случаях СН имела явный ятрогенный генез в связи проведением «активной» дезинтоксикационной терапии. Диурез не контролировался в 35 (41,6%) случаях, но и в случаях контроля, на фоне почечной недостаточности (анурии или олигурии)

терапия мочегонными средствами отсутствовала в 10 (11,9%) случаях. Во всех остальных случаях применение мочегонных средств было «символическим» и нерезультативным. Так при введении в/в жидкости от 1,5-2,5 л/сутки объем мочи фиксировался в 150-200-300 мл/сутки и при этом фуросемид назначался монотонно в пределах 40-120 мг в сутки, не говоря уже о необходимости прочих мочегонных средств. Такая деятельность расценивалась как невежество. Такой же оценки заслуживают и дефекты общетерапевтического характера, в частности, в отсутствии в 6 случаях из 17 пункции плевральной полости (при объеме жидкости в ней в 3-4 литра) и в 5 случаях не был установлен дренаж при наличии эмпиемы плевры, т.е. имелась самонадеянность (или легкомыслие) врачей в связи с расчетом на саморазрешение процесса.

3. Определенная моральная ответственность лежит на врачах в 50 (59,5%) случаях, когда умершие от ВПТТ не получили оказания помощи в реанимационном блоке, в части случаев по причине прямого отказа реаниматологов, так и в связи с «запоздалой» реакцией лечащих врачей, т.е. она осуществлялась поздно – в день смерти или за несколько часов до неё.

Интегративная оценка медицинской помощи по выборке из 51 истории болезни (взяты только ЛПУ г. Ижевска), отражающей в целом комплекс мероприятий, была следующей.

Ситуация, когда по объективным причинам практически не было шансов спасти больного в связи с роковым стечением обстоятельств (временных, сочетания скоротечности, «запущенности» патологии и т.д.), даже при наличии в определенной мере достаточно активной и адекватной проводимой терапии, была 5 раз.

Ситуация, когда шанс спасти больного, хотя и был, но реализовать его возможно было лишь ценой больших усилий, и было видно по данным истории болезни, что врачи, при всем желании помочь больному, сделать этого не смогли, была 4 раза.

Ситуация, когда врачи не показали достаточного профессионализма, были непоследовательны в своих действиях, проводили неадекватную терапию, чаще а/б и противоотечную, не справились с ситуацией при наличии достаточных возможностей выхода из положения была 11 раз.

Ситуация, когда врачи своими действиями имитировали лечебную активность, обнаруживалась безусловная пассивность и/или прямое бездействие, ограничивающееся так называемым «активным» наблюдением, не препятствующим развитию заболевания, отмечена в 24 случаях.

Ситуация, когда были все основания утверждать ятрогенный характер летального исхода заболевания, когда врачи своими действиями (а не бездействиями) усугубили развитие болезни, отмечалась 7 раз.

Итого – по исходу 51 случая ВПТТ – в 4/5 случаях есть бесспорные данные для предъявления серьезных деонтологических претензий врачам.

Заключение.

Клинический и деонтологический анализ историй болезней ВПТТ с летальным исходом показал значительное число дефектов ведения больных, особенно в плане коррекции состояния сердечно-сосудистой системы, а при специальном анализе 51 истории в нравственном аспекте, что в 4/5 случаях есть бесспорные данные для предъявления серьезных деонтологических претензий врачам.

Литература:

1. **Акопов В.И., Маслов Е.Н.** Страдания Гиппократы (Правовые и этические проблемы современной медицины и ответственность медицинских работников). – Ростов-на-Дону: изд-во «Приазовский край», 2006. – 520 с.