

УДК 614.217:[616.9+616.1/4]-07-036.88

НЕПРОФИЛЬНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ И НЕИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

В.С. Васильев, д.м.н., профессор; М.И. Богуцкий, к.м.н., доцент;

А.В. Васильев, к.м.н., доцент; В.М. Цыркунов, д.м.н., профессор

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Изучена непрофильная летальность в инфекционном стационаре за последние двадцать лет, особенности клинической симптоматики заболеваний с летальными исходами, качество диагностики на догоспитальном этапе и в стационаре, причины диагностических ошибок.

Ключевые слова: инфекционный стационар, непрофильная летальность.

The non infectious lethality-rate among patients which have been treated in hospital of infectious diseases within the latest 20 years, features of clinical presentations, quality of diagnosis in out-patients and in-patients periods as well as causes of misdiagnosis have been studied.

Key words: infectious hospital, non infectious lethality-rate.

Введение

Проблемы повышения качества диагностики, наряду с оценкой эффективности организационных мероприятий по совершенствованию лечебной помощи, остаются актуальными для любого профиля учреждений практического здравоохранения [3, 4, 6]. Специализация стационарной и поликлинической помощи накладывает свой отпечаток на уровень подготовки врачебного персонала, приводя к совершенствованию по узкой специальности, но одновременно вызывает некоторую утрату общеврачебной грамотности в виде знаний по другим профилям врачебной деятельности. Однако эти явления объективные и закономерные. Тем не менее, идеалом остается сохранение уровня общеврачебных знаний и умений даже на фоне формирования узкой специализации. В свое время нами был проведен детальный анализ состояния и уровня летальности за 20 лет (1964-1983 гг.), что было отражено в соответствующей публикации [2]. Вклад непрофильной летальности тогда составил 43,9%. За последние 20 лет произошли не только явные изменения в профиле инфекционной нозологии, но и внедрены новые методы диагностики, этиологической верификации заболеваний, позволяющие в более короткие сроки и качественно проводить дифференциальный диагноз. Произошло в целом и снижение летальности на фоне изменений в демографической ситуации. Все это явилось основанием для продолжения сравнительного мониторинга структуры летальности, включая непрофильную, как показателя качества диагностической работы и уровня оказания медицинской помощи.

Цель исследования. Провести анализ состояния летальности, посмертной диагностики и оценить качество и уровень оказания лечебно-диагностической помощи в условиях инфекционного стационара на примере имеющей место непрофильной патологии, госпитализация при которой обусловлена необходимостью дифференциальной диагностики, эпидемиологической потребностью, а также другими причинами.

Материал и методы

Нами проанализировано 74 случая летальных исходов у больных, лечившихся в областной инфекционной клинической больнице с 1991 по 2010 год, у которых была при аутопсии в качестве основной установлена непро-

фильная патология. При анализе уточнялось состояние клинической симптоматики и особенностей течения, начиная с первичного этапа (поликлиника, скорая помощь), затем при поступлении в инфекционный стационар (приёмное отделение), при клиническом слежении и установлении диагноза при направлении на аутопсию, сопоставление с посмертно сформулированным диагнозом, вплоть до стадии клинико-анатомической конференции.

Полученные результаты

За анализируемый период вклад непрофильной летальности составил 37,4% (74 из 198 умерших). Приводим данные общей характеристики анализируемой группы. Из 74 умерших детей было 9, взрослых – 65. Среди них мужчин – 50, женщин – 24, а жителей городов – 51, села – 23. Среди всех умерших лиц пожилого возраста, в том числе инвалидов – 34. Доставлено на госпитализацию врачами скорой помощи – 23, по направлению поликлиник и переводом из других стационаров – 51.

С целью выявления предполагаемых общих закономерностей в госпитализации больных с непрофильной патологией анализ летальных исходов проводился в группах, которые были сформированы с учетом объединяющего профиля органной патологии.

Из общего числа умерших самую большую группу составили больные с циррозом печени в стадии декомпенсации (14 случаев), среди которых преобладали мужчины (11 больных). Ни в одном случае (анамнез, анализ медицинской документации, обследование во время лечения) не было установлено наличия исходного вирусного гепатита. Расхождение по диагнозу направления и окончательному диагнозу были только в двух случаях (инфекционный гепатит – 1, вирусный гепатит В – 1), несмотря на то, что в момент поступления у обоих больных была развернутая клиника цирроза в стадии декомпенсации. Наряду с основным заболеванием, циррозом печени, в качестве сопутствующей патологии на аутопсии были выявлены хроническая пневмония, бронхоэктазии, плеврит (3), пневмосклероз (2), наличие повреждений клапанного аппарата сердца в результате перенесенного ревматического процесса (1), постинфарктные рубцы миокарда (1), диабет (1), хронический панкреатит (1), язва луковицы 12-перстной кишки (2), туберкулез лег-

ких (1). В большей части случаев (9 умерших) цирроз носил мелкоузловой характер (в анамнезе упоминание о злоупотреблении алкоголем). Длительность пребывания в стационаре колебалась в широких пределах от 1 суток до 32 (в среднем 13,0), хотя у 4 умерших пребывание было весьма коротким (до 4 дней), что указывает на слишком позднее выявление на догоспитальном этапе наступившей декомпенсации цирроза и безуспешность медицинской помощи. Средний возраст умерших в этой группе составил 49 лет (от 21 до 81 года), в анамнезе у абсолютного большинства больных установлены злоупотребление алкоголем, тяжелая хроническая патология, требующая активного лечения. У двоих женщин развитие цирроза было связано с хронической фоновой патологией (длительная по течению хроническая обструктивная болезнь легких, пневмонии и плевриты; хронический фиброзно-кавернозный туберкулез легких с многолетней химиотерапией). В четырех случаях летальный исход наступил в течение 1-4 суток с момента перевода из других стационаров, что указывает не только на нецелесообразность смены места госпитализации, но и может говорить об активном «избавлении» от тяжелых пациентов.

Вторую группу (10 случаев) составили умершие вследствие ИБС с развитием инфаркта миокарда (нередко повторного) и острой сердечной недостаточности. Этим больным при направлении в инфекционный стационар были выставлены диагнозы: острый гастроэнтерит/гастроэнтероколит, пищевая токсикоинфекция. Один больной был госпитализирован с ИБС административным решением. Средний возраст умерших составил 62,5 года (от 52 до 78 лет), семеро были инвалидами, женщин было 4, мужчин – 6. Уже на этапе приемного отделения диагноз острой кишечной инфекции «уходил» на второй план, хотя и было проведено необходимое по эпидемиологическим критериям обследование с целью верификации или исключения инфекционной патологии. На этапе клинического пребывания диагноз инфекционной диареи был снят и установлена ИБС. Этот контингент больных в инфекционном стационаре находился в среднем 36 часов (от 6 часов до 8 дней). Судя по клинической картине, ни в одном случае не было варианта скрытого течения ИБС и создалось впечатление, что диагнозы острой кишечной инфекции, выставленные лечащими врачами предшествовавшего стационара (4 случая) или скорой помощи (9 случаев), гипертрофированы, так как имело место элементарное послабление стула, неповторяемое в дальнейшем. Если для врача скорой помощи это в какой-то степени оправдано, то для врачей стационаров нужно считать грубой ошибкой, фактически явившейся основанием для ненужной транспортировки, усугубляющей потенциально тяжесть состояния больного и прогноз. Только в 2-х случаях на аутопсии были отмечены катарально-атрофические изменения тонкого кишечника, а посмертное бактериологическое исследование оказалось отрицательным. Все указанное дает основание признать, как факт, неудовлетворительную диагностику ИБС не только на уровне скорой помощи, но и в городских стационарах. Госпитализация этих больных в инфекционный стационар свидетельствует, прежде всего, о безвыходности положения врача приемного отделения и может быть расценена, как акт врачебного гуманизма по отношению к тяжелому больному.

Группа умерших с установленным на аутопсии диагнозом сепсиса (9 случаев) представляет особый интерес для клиницистов ввиду отсутствия общепринятых рекомендаций по условиям и месту госпитализации этих пациентов. Полиэтиологичность патологии, различие па-

тогенетических путей развития накладывают свой отпечаток на ряд организационных моментов в оказании помощи этим больным. Двое больных скорой помощью доставлены с диагнозами: острый гастроэнтерит; ОРВИ, менингоэнцефалит. Семь пациентов поступили из других стационаров города и области с диагнозами: острый гастроэнтероколит, тяжелая форма; ДВС-синдром, пневмония; гнойный менингит, цирроз печени; первичный гнойный менингоэнцефалит; серозный менингит, бронхит; менингит, артериальная гипертензия; гнойный менингоэнцефалит, ИБС. Как видно из приведенного перечисления, прослеживается своеобразное «вычленение» одного из важнейших компонентов осложненного сепсиса – поражение оболочек и вещества мозга. Несмотря на то, что в стационарах, судя по переводным эпикризам, были у больных явления полиорганного вовлечения, это не стало основанием для установления диагноза сепсиса и срочного лечения больных на месте, тем более, что двое пациентов находились в отделении реанимации и интенсивной терапии. Обращают на себя внимание возрастные границы больных – от 3 месяцев до 65 лет. В инфекционном стационаре все 9 случаев были верифицированы как сепсис, однако безуспешность лечения, кроме прочего, можно связать с поздней госпитализацией и относительной кратковременностью пребывания (в среднем 5 дней). Если признать, что в целом улучшились возможности верификации сепсиса, то определение «законного» места госпитализации этих больных до сих пор не решилось. Логично, если больные сепсисом будут концентрироваться в отделениях реанимации и интенсивной терапии с возможностью широкого применения различных вариантов детоксикации [5]. Оптимальным следует считать открытие специализированных отделений, за что ратовал в свое время В.Г. Бочоришвили [1].

Особую группу составили умершие с врожденными (множественными) пороками развития (8 случаев), весьма компактную по возрасту (от 1 до 6 месяцев). Длительность пребывания в инфекционном стационаре колебалась от 7 часов до 18 дней и зависела от прогрессирования различных вторичных инфекций, включая тяжелые гнойные двусторонние пневмонии. Пороки развития были разными по генезу, этиологии и проявлялись грубыми, часто сочетанными повреждениями сердца, легких, головного мозга, печени и других органов. Если госпитализацию через «скорую помощь» можно оправдать безысходным состоянием родителей и врача, то перевод из детской больницы был просто надуманным и преследовал не столько клиническую необходимость, сколько имел «эпидемиологическое обоснование» (контакт по ветряной оспе; гастроэнтерит?). При аутопсии ни в одном случае не было выявлено наличие острого инфекционного заболевания, а тяжесть и летальный исход были обусловлены именно основной врожденной патологией.

Из непрофильной патологии, приведшей к летальным исходам, было 7 случаев онкологических заболеваний. Разнообразие этих клинических наблюдений требует рассмотрения их в отдельности. У умершей девочки 8 лет на аутопсии был поставлен диагноз медуллобластомы. Заболевание отличалось острым началом, скоротечным течением и быстрым развитием коматозного состояния. Сложность диагностики усугубилась упомянутой, как возможная, черепно-мозговой травмой, а наличие ксантохромии ликвора «усугубило» кажущуюся возможность таковой. Кратковременное пребывание в стационаре (2 часа) и наличие травмы потребовало аутопсии в

бюро судебно-медицинской экспертизы, которая установила тяжелую патологию – медуллобластому мозжечка с очаговыми кровоизлияниями в ткани мозга и разрывом сосудов с кровоизлияниями в мягкую мозговую оболочку и желудочки головного мозга. Этот случай казуистичен. Остальные 6 умерших имели более выраженную клиническую патологию. Возраст этих пациентов был от 40 до 73 лет. В 3-х случаях онкопатология уже была известна на догоспитальном этапе: рак легкого, хронический лимфолейкоз; метастатический рак без выявленного первичного очага. Последний случай на аутопсии верифицирован как диффузный гепатоцеллюлярный рак печени с обширными некрозами и прорастанием в воротную вену. Клинически заболевание во многом напоминало (имитировало) прогрессирующий цирроз печени с исходом в декомпенсацию. Два остальных случая сопровождалось развитием симптомов гастроэнтероколита и по эпидемиологическим соображениям больные были переведены в инфекционный стационар. Пребывание указанных троих больных в стационаре составило от 4,5 часов до 30 дней. У остальных троих пациентов онкопатология была находкой на аутопсии: узловой рак печени (недифференцированный) на фоне мелкоузлового цирроза; узловой рак правого легкого (недифференцированный) с активным метастазированием во внутренние органы, включая печень, селезенку, надпочечники и позвоночник; мезотелиома с поражением брюшины и сальника. Пребывание этих больных в стационаре в сроки от 9 до 13 дней характеризовалось привлечением в период стационарного обследования специалистов-онкологов, что, однако, не обеспечило возможности прижизненной диагностики. Это лишний раз подтверждало наличие крайних трудностей диагностики из-за скрытого течения онкозаболеваний.

У шести пациентов посмертно была установлена урологическая патология. Нужно отметить, что трое из них были направлены на госпитализацию с диагнозом «острый гастроэнтероколит», «пищевая токсикоинфекция». У двоих из этих больных смерть наступила при развернутой клинике уремии как следствии хронического гломерулонефрита с нефросклерозом, у одной – вследствие артериолосклеротического нефросклероза. Известно, что гастроэнтероколит в клинике терминальной стадии уремии является одним из составляющих симптомокомплекса, однако врачи при направлении расценили это как вариант инфекции. У остальных трех больных к летальному исходу привело: осложнение мочекаменной болезни («коралловые» камни обеих почек, нефросклероз, уремия); терминальная стадия аденомы предстательной железы с двусторонним гидронефрозом; тяжелая гипертоническая болезнь с исходом в нефросклероз на фоне присоединившейся тяжелой двусторонней гнойной пневмонии. Все шесть пациентов с исходом в уремию находились в инфекционном стационаре очень коротко, в среднем около 2-х дней (от 5 часов до 6 дней). Расхождение диагнозов было в 5 случаях, хотя в 3-х случаях они были обусловлены сложностью патогенетического обоснования зафиксированной патологии и во многом обусловлены отсутствием возможности своевременного озонакпления с первичной медицинской документацией из поликлиник.

Из пяти умерших от патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у четырех при поступлении была картина острого гастроэнтероколита неустановленной этиологии с геморрагическими проявлениями различной выраженности. Прижизненное и посмертное бактериологическое исследование кала не выявило возможную

инфекционную природу болезни, хотя клинически проявления при ретроспективном анализе историй позволили отметить сходство с шигеллезом, сальмонеллезом. Указанные летальные исходы были зарегистрированы в разные годы (1996, 1999, 2003 гг.) и не имели каких-либо эпидемиологических доказательств. Возраст больных был от 43 до 69 лет. Все пациенты имели скрытую фоновую патологию (атеросклероз, хронический алкоголизм, хроническая пневмония, пневмосклероз). Одна пациентка в возрасте 81 года умерла от последствий нераспознанной при жизни язвенной болезни 12-перстной кишки с пенетрацией в головку поджелудочной железы и кровотечением. Заболевание протекало на фоне гипертонической болезни, постинфарктного кардиосклероза, хронической аневризмы левого желудочка. Из всей группы только в данном случае было расхождение диагнозов.

За анализируемый период три летальных исхода были обусловлены тяжелыми пневмониями: правосторонней верхнедолевой пневмонией, протекающей на фоне хронического алкоголизма (возраст 35 лет); двусторонней фибринозно-гнойной абсцедирующей пневмонией на фоне пневмосклероза, осложненной менингоэнцефалитом (возраст 56 лет); двусторонней сливной фибринозно-гнойной плевропневмонией на фоне хронического гепатита с трансформацией в цирроз и атеросклерозом артерий сердца, кардиосклерозом (возраст 69 лет). Нужно отметить, что в двух случаях диагнозов пневмонии врачами скорой помощи не был установлен. В клинических условиях в одном случае пребывание больного в стационаре в течение 4 часов и «доминирование» в анамнезе упоминания об употреблении неизвестной спиртосодержащей жидкости не позволило выставить диагноз «пневмония», диагноз был верифицирован только судебно-медицинским экспертом.

Трое больных умерли от последствий хронического алкоголизма, приведшего к развитию алкогольного делирия на фоне тяжелых вариантов пневмоний (2 случая) и фибринозно-очагового туберкулеза, осложненного экссудативным плевритом (1 случай). Все случаи были верифицированы прижизненно.

Наряду с изложенным, считаем целесообразным представить редкие причины смерти больных от непрофильной патологии.

Пример 1. Женщина, 40 лет, страдавшая ревматизмом с фибропластическим эндокардитом митрального клапана и его недостаточностью, гипертрофией миокарда правого желудочка, диффузного кардиосклероза и после перенесенной операции комиссуротомии умерла вследствие развившейся недостаточности сердца (анасарка, гидроторакс, гидрперикард) и осложнения геморрагическим инфарктом верхней доли правого легкого. Диагноз при направлении – «вирусный гепатит В», который был поставлен ввиду наличия синдрома желтухи, как проявления развившейся «мускатной» печени. Несмотря на очень короткое пребывание в стационаре (1 день) диагноз вирусного гепатита был исключен и установлено совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов.

Пример 2. Женщина, 53 лет, страдавшая тяжелым ревматоидным артритом с грубыми деформациями стоп, голеностопных, локтевых и лучезапястных суставов, амилоидозом, хронической недостаточностью коры надпочечников вследствие длительной стероидотерапии погибла в терминальной фазе при явлениях тяжелой уремии. Диагноз при поступлении – острый гастроэнтерит. Инфекционная этиология синдрома диареи была исключена. Расхождение диагнозов обусловлено их различным патогенетическим построением.

Пример 3. Женщина, 20 лет, страдавшая внутривисцеральным холестазом беременных, погибла от острой печеночной недостаточности, протекавшей на фоне тяжелой фоновой па-

тологии (двусторонняя крупноочаговая, сливная фибринозная и некротизирующая пневмония с абсцедированием в раннем послеродовом периоде преждевременных родов двойней, в сроке 35-36 недель. Редкая патология с неблагоприятным исходом для участковой сети представляла затруднение в достационарном дифференцировании с вирусным гепатитом.

Пример 4. Женщина, 48 лет, поступившая по направлению поликлиники с диагнозом «вирусный гепатит»; который в приемном отделении был расценен как случай тяжелой ишемической болезни сердца с трансмуральным инфарктом миокарда и погибшая от кардиогенного шока с сопутствующей желчно-каменной болезнью. На основании заключения клинико-анатомической конференции выявлено, что смерть наступила вследствие тяжелого осложнения желчно-каменной болезни в виде гнойного холангита, множественных абсцессов печени, протекающих на фоне тяжелого атеросклероза аорты, коронарных, мозговых сосудов и подвздошной артерии, кардиосклероза, гипертрофии левого желудочка, сахарного диабета и диффузного пневмосклероза. Девять лет тому назад ей была произведена тяжелая операция «холецистэктомия». Этот случай подчеркивает трудности и сложности диагностики постхолецистэктомического синдрома. Крайняя тяжесть обусловлена необычным сочетанием всей гаммы основного заболевания и фоновой патологии, что при кратковременности пребывания в инфекционном стационаре (40 минут) лишний раз подтверждает важность диспансерного наблюдения после холецистэктомии, которая не избавила больную от желчно-каменной болезни и её тяжелых последствий.

Пример 5. Мужчина, 48 лет, поступивший по направлению районной поликлиники с диагнозом тяжелой формы гастроэнтерита. В условиях ограниченной возможности расшифровки диагноза (1 час 20 минут) и выявлении в анамнезе употребления грибов был расценен как возможное отравление бледной поганкой, что подтверждено при судебно-медицинском исследовании.

Только в пяти случаях летальных исходов аутопсия не произведена по настоянию родственников (цирроз печени – 4, инфаркт миокарда – 1). Клинически указанные случаи были типичными в своём развитии.

Заключение

Отмечая некоторое снижение вклада непрофильной патологии в общей летальности по инфекционному стационару за последние 20 лет, нужно признать, что в целом уровень её сохраняется достаточно высоким (37,4%), а причинами этого в сущности своей остаются отмеченные ранее [2]. Первой причиной следует считать признание врачами практического здравоохранения за инфекционным стационаром статуса учреждения, обеспечивающего проведение дифференциальной диагностики патологии, имитирующей картину инфекционного заболевания ввиду наличия при ней, в ряде случаев, неспецифического синдрома: лихорадка, головная боль, поражение дыхательных путей, диарея, изменение цвета кожи и т.п. Это явление отмечено нами в предшествующих публикациях, касающихся работы приемного отделения [4, 6].

Вторая причина – недостаточная подготовка врачей поликлиник и «скорой помощи» по инфекционной патологии. Если для последних данный недостаток маскируется «срочностью» принятия решения вопроса по выбору стационара для оказания срочной медицинской помощи, то для участкового врача является существенным и отражающим недостаточную осведомленность о наличии неинфекционной патологии у наблюдаемого контингента.

Третья причина во многом не зависит от «усилий» врачей, так как часто у госпитализируемых больных раз-

витие тяжелого состояния наступает критически и в этой ситуации многие симптомы или акцентируются, или, наоборот, затушевываются (боль, лихорадка). Как показал наш анализ, крайняя тяжесть патологии подтверждается продолжающимся нарастанием тяжелого состояния, вплоть до быстро наступающего летального исхода, нередко в течение суток, а то и часов с момента поступления, когда действия врача направлены только на спасение жизни больного, невзирая на его профиль.

Частично имеется возможность преодолеть госпитализацию непрофильной патологии при наличии больного с декомпенсированным циррозом печени, с диареей неинфекционного происхождения (уремия) или больных с доминирующими признаками ИБС и близкой патологией. В части случаев причиной госпитализации служит избыточная акцентуация эпидемиологических критериев, особенно врачами детского стационара.

Анализ летальности в нашем стационаре по настоящему обостряет старую проблему госпитализации и оказания полноценной помощи больным сепсисом, включая и современные методы экстракорпоральной детоксикации, использование которых в условиях небольшого инфекционного стационара нецелесообразно. Это требует принятия организационных мер по созданию специализированных центров по сепсису [5, 6]. Настораживает достаточно высокая степень расхождения диагнозов по направлениям с окончательным посмертным диагнозом при онкологической патологии. Это отражает сохранение дефектности в работе участковой сети [2, 3, 6].

Повышение качества диагностики на догоспитальном этапе как в плане нозологической верификации, выявления возникающих осложнений, так и в оценке тяжести состояния является целями, задачами, которые не теряют своей актуальности. Летальность в стационаре – показатель нестабильный, но тесно связанный с вышеизложенным. Полагаем, что именно с этих позиций клинико-анатомические конференции должны быть постоянно действующей школой, позволяющей объективно оценить состояние дефектности на этапах оказания медицинской помощи больным и, тем самым, совершенствовать диагностику.

Литература

1. Бочоришвили, В.Г. Опыт организации и первые итоги работы РИСЦ (Республиканского противосептического центра) / В.Г. Бочоришвили // Септические заболевания: материалы пленума научного Совета АМН СССР по эпидемиологии, паразитологии и инфекционным заболеваниям, Тбилиси, 16-17 апреля 1981г. – Тбилиси, 1982. – С. 19-29.
2. Анализ летальности в инфекционном стационаре / В.С. Васильев [и др.] // Здравоохранение Белоруссии. – 1984. – №10. – С. 12-14.
3. Структура летальности в Гродненской областной инфекционной клинической больнице / В.С. Васильев [и др.] // Здравоохранение Белоруссии. – 2002. – №7. – С. 29-30.
4. Анализ, структура и причины отказов больных при госпитализации в инфекционный стационар / А.В. Васильев [и др.] // Медицинские новости. – 2007. – № 13. – С. 39-49.
5. Спас, В.В. Синдром эндогенной интоксикации, его диагностика и комплексное лечение: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.37 / В.В. Спас; Всесоюзный научный центр АМН СССР. – Москва, 1990. – 28 с.
6. Качество диагностики в процессе госпитализации больных в инфекционный стационар: отказы, причины, контингент / В.М. Цыркунов [и др.] // Инфекционные болезни. – 2007. – № 4. – С. 51-58.

Поступила 06.06.2011