

УДК 340.6:614.23/.25:616-036.8

В. Д. Мішалов, д-р мед. наук, проф.,

А. О. Плетенецька, канд. мед. наук,

Ю. І. Марков, канд. мед. наук, доц.

ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА ДОДОБОВОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ЛІКАРНІ

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
МОЗ України, Київ, Україна*

УДК 340.6:614.23/.25:616-036.8

В. Д. Мішалов, А. О. Плетенецька, Ю. І. Марков

ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА ДОДОБОВОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ЛІКАРНІ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, Київ, Україна

У дослідженні проаналізовано історії хвороб померлих, що знаходилися в архіві багатопрофільної лікарні, та супровідні талони бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги з історій хвороб, зокрема, випадки дододової летальності. Ці випадки були розподілені за віком, статтю, тривалістю знаходження пацієнта (лікування) у стаціонарі, госпіталізацією за різними напрямками та іншими ознаками. Також оцінювали догоспітальний етап за деякими напрямками.

Ключові слова: дододова летальність, догоспітальний етап, діагноз.

UDC 340.6:614.23/.25:616-036.8

V. D. Mishalov, A. O. Pletenetska, Yu. I. Markov

EXPERT ANALYSIS OF THE LETHALITY OF MULTIFIELD HOSPITAL DURING THE PERIOD LESS THAN 24 HOURS

P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education MH of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Medical cards of the dead persons, which were in archives of multifield hospital and accompanying coupons of the emergency medical service from medical cards, were analysed in this research. Cases of lethality during the period less than 24 hours were analysed. These cases were distributed by age, sex, duration of the patient's stay (treatment) in the hospital, hospitalization by different directions and other signs. Pre-hospital stage was estimated according to some aspects.

Key words: lethality during time less than 24 hours, pre-hospital stage, diagnosis.

Складна медико-демографічна ситуація в Україні зумовлена значною мірою негативними тенденціями смертності населення. Рівень її перевищує народжуваність і призводить до депопуляризації, зменшення чисельності населення [1]. Вивчення різноманітних аспектів надання медичної допомоги, особливо екстреної, як на догоспітальному, так і ранньому госпітальному етапах, сприяє покращанню якості в системі охорони здоров'я. Якість в охороні здоров'я — це складна, багатокomпонентна система, в основі якої покладено сукупність принципів, що характеризують ефективність, економічність, адекватність, своєчасність, доступність, достатність процесів щодо охорони здоров'я людини (населення) на рівні науково-технічних досягнень у сучасний період [2; 3]. У зв'язку з високим рівнем несприятливих наслідків при наданні екстреної медичної допомоги на догоспітальному і ранньому госпітальному етапах виникає необхідність вивчення причин таких дефектів лікування з метою визначення причинно-наслідкових зв'язків. Взаємодія медичних працівників на різних етапах ме-

дичної допомоги забезпечує її наступність. Одним із показників, який відображає наступність екстреної медичної допомоги на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах, є дододова летальність [4; 5]. Основа кваліфікації дефектів надання медичної допомоги — встановлення причинно-наслідкового зв'язку між діями лікаря і негативними наслідками для здоров'я пацієнта. Для того щоб повною мірою зрозуміти причини неналежного надання медичної допомоги, слід проаналізувати дододову летальність. Дослідженню останньої у закладі охорони здоров'я й присвячена дана публікація.

Матеріали та методи дослідження

Проведено ретроспективний аналіз 51 випадку дододової летальності у Київській міській клінічній лікарні (КМКЛ) № 5 за 2009 р. У дослідженні було проаналізовано історії хвороб (карта стаціонарного хворого) померлих, що знаходилися в архіві КМКЛ № 5, та супровідні талони бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги (ЕШМД), які знаходилися в картах стаціонар-

ного хворого. Отримані дані підлягали статистичній обробці за допомогою програм Statistica 5.0 та Excel XP. Визначали такі статистичні показники: середньоарифметичні величини (M), похибки середніх величин ($\pm m$). Достовірність різниці двох порівнюваних величин оцінювали за критерієм Стьюдента (t) з визначенням значущості порівнюваних груп (p). Критичне значення рівня значущості $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Летальні випадки аналізували за віком, статтю, тривалістю знаходження пацієнта (лікування) у стаціонарі, госпіталізації за направленням 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 ЕШМД і патоморфологічним діагнозом, відділення стаціонару, до якого було госпіталізовано пацієнта. Також оцінювали догоспітальний етап за такими напрямками: чи був виконаний внутрішньовенний доступ, чи здійснювалася фармакотерапія, оксигенотерапія та електрокардіографія (ЕКГ) працівниками ЕШМД.

У результаті досліджень були отримані такі дані.

Середній вік померлих — $(67,45 \pm 1,73)$ року. Серед померлих 25 (49,01 %) осіб чоловічої статі та 26 (50,99 %) — жіночої. Середній вік померлих чоловіків — $(66,24 \pm 2,58)$ року, жінок — $(68,61 \pm 2,34)$ року.

Тривалість лікування до настання летального випадку поділяли на такі етапи (від моменту надходження): до 3 год — 15 (29,41 %) спостережень, від 3 до 6 год — 7 (13,72 %) випадків, від 6 до 12 год — 16 (31,38 %) спостережень, від 12 до 24 год — 13 (25,49 %) випадків.

Пацієнтів, доправлених до лікарні ЕШМД, було госпіталізовано за направленням амбулаторно-поліклінічних закладів — 8 (15,69 %) випадків і за направленням співробітників самої ж ЕШМД — 43 (84,31 %) спостереження.

Захворюваннями, що призвели до летального кінця, були хвороби системи кровообігу у 37 (72,59 %) спостереженнях та інші захворювання — у 14 (27,41 %) випадках.

Летальні наслідки констатовано: у першому кварталі 2009 р. — 9 (17,64 %) випадків, у другому кварталі 2009 р. — 13 (25,49 %), у третьому кварталі — 15 (29,42 %), у четвертому кварталі — 14 (27,45 %) спостережень.

Встановлено розходження діагнозу медичних працівників ЕШМД із патоморфологічним діагнозом у 11 (21,57 %) спостереженнях і відсутність розходження — у 40 (78,43 %) випадках. У 10 (90,91 %) спостереженнях розходження діагнозу, встановленого медичними працівниками ЕШМД на догос-

пітальному етапі, було зумовлено відсутністю ЕКГ, хоча в усіх хворих були показання до проведення ЕКГ, а 3 (30 %) з них госпіталізували до інфарктного відділення.

Лише 32 (62,74 %) хворим було здійснено внутрішньовенний доступ на догоспітальному етапі з метою введення ліків чи виконання інфузійної терапії, 19 (37,26 %) пацієнтам такий доступ працівниками ЕШМД не був виконаний. Фармакотерапія проведена на етапі ЕШМД 39 (76,48 %) пацієнтам, а 12 (23,52 %) хворим її не здійснювали.

Інгаляцію кисню на догоспітальному етапі виконали 16 (31,38 %) хворим, а 35 (68,62 %) пацієнтам на етапі ШМД медичними працівниками кисневу терапію не здійснено.

Летальний кінець констатовано у пацієнтів, що лікувалися у таких відділеннях: у терапії — 16 (31,37 %) спостережень, інфарктному відділенні — 29 (56,87 %), хірургії — 6 (11,76 %).

Лише у 5 (9,80 %) спостереженнях на догоспітальному етапі було виконано ЕКГ-дослідження.

Проведено порівняння груп померлих додогово за часом надходження до лікарні.

Пацієнти надходили до стаціонару у такі проміжки часу доби: I — 4 (7,84 %) о 6 год 00 хв — 9 год 59 хв; II — 14 (27,45 %) о 10 год 00 хв — 13 год 59 хв; III — 9 (17,65 %) о 14 год 00 хв — 17 год 59 хв; IV — 7 (13,72 %) о 18 год 00 хв — 21 год 59 хв; V — 9 (17,65 %) о 22 год 00 хв — 1 год 59 хв; VI — 8 (15,69 %) о 2 год 00 хв — 5 год 59 хв (табл. 1).

Найбільша кількість померлих додогово спостерігається серед пацієнтів, що надійшли до стаціонару саме у II проміжок часу — з 10 год 00 хв до 13 год 59 хв (27,45 % пацієнтів). Найменша кількість померлих серед пацієнтів, що надійшли до стаціонару у I проміжок часу — 6 год 00 хв — 9 год 59 хв — 4 (7,84 %) хворих. Таким чином, спростовується думка про те, що увага медичного персоналу ослаблена саме вночі при роботі з тяжкими хворими, що збігається з даними інших авторів [6–8]. Максимальні показники летальності спостерігаються саме серед пацієнтів, які надійшли до лікувального закладу в робочий час, коли на допомогу черговому персоналу можуть прийти як завідувач відділення, так і більш досвідчені колеги.

Висновки

Отже, проведений аналіз випадків додогово летальності у Київській міській клінічній лікарні № 5 за 2009 р. свідчить про таке:

1. Середній вік померлих був більшим за працездатний — $(67,45 \pm 1,73)$ року. Серед померлих пацієнтів кількість осіб чоловічої та жіночої статі була практично однаковою (49,01 та 50,99 % відповідно).

2. Серед померлих найбільшу кількість становили пацієнти, які перебували на лікуванні від 6 до 12 год (31,38 %); найбільшою кількістю по-

Таблиця 1

Розподіл померлих за різними показниками, n=51

Показник	Кількість	Відсоток
Стать померлих		
чоловіча	25	49,01
жіноча	26	50,99
Тривалість лікування до настання летального кінця		
до 3 год	15	29,41
від 3 до 6 год	7	13,72
від 6 до 12 год	16	31,38
від 12 до 24 год	13	25,49
Госпіталізація за направленням		
ЕШМД	43	84,31
поліклініки	8	15,69
Діагноз		
хвороби системи кровообігу	37	72,59
інші захворювання	14	27,41
Квартал року		
перший	9	17,64
другий	13	25,49
третій	15	29,42
четвертий	14	27,45
Розходження діагнозу з патоморфологічним		
було	11	21,57
не було	40	78,43
ЕКГ		
здійснювалася	5	9,8
не здійснювалася	95	90,2
Внутрішньовенний доступ		
здійснювався	32	62,74
не здійснювався	19	37,26
Фармакотерапія		
здійснювалася	39	76,48
не здійснювалася	12	23,52
Інгаляція кисню		
здійснювалася	16	31,38
не здійснювалася	35	68,62
Відділення, в яких лікувалися хворі		
терапії	16	31,37
інфарктне	29	56,87
хірургічне	6	11,76
Група хворих за часом надходження		
I — 6.00–9.59	4	7,84
II — 10.00–13.59	14	27,45
III — 14.00–17.59	9	17,65
IV — 18.00–21.59	7	13,72
V — 22.00–1.59	9	17,65
VI — 2.00–5.59	8	15,69

мерлих дододово була серед пацієнтів, які надійшли до стаціонару у проміжок часу з 10 год 00 хв до 13 год 59 хв (27,45 %), що припадає на першу половину робочого дня. Все це може свідчити про наявність недоліків організаційного характеру у лікувальному закладі.

3. Більшість пацієнтів було госпіталізовано до стаціонару за направленням ЕШМД (84,31 %) і менше — за направленням поліклініки, що може свідчити або про низький рівень звертання пацієнтів до поліклінічних закладів, або ж про недостатній рівень запобіжних заходів з боку лікарів амбулаторій щодо настання загрозливих для життя станів.

4. Більшість летальних випадків було констатовано у пацієнтів, що лікувалися в інфарктному відділенні (56,86 %), максимальну кількість захворювань, що призвели до летального кінця, становили хвороби системи кровообігу (72,59 %), що в цілому збігається з даними інших літературних джерел щодо причин смертності населення. При цьому більшість летальних випадків припадали на осінній період року, що збігається з підвищенням загострення хвороб саме у цей час.

5. Розходження діагнозу медичних працівників ЕШМД із патоморфологічним діагнозом спостерігалось у 21,57 % випадках, що може вказувати на недоліки діагностування і свідчити про те, що невірно встановлений діагноз міг бути результатом недообстеження хворих на догоспітальному етапі.

6. У переважній більшості випадків (90,91 %) розходження діагнозу медичних працівників ЕШМД з патоморфологічним діагнозом було зумовлено невиконанням пацієнтам ЕКГ, що свідчить про порушення нормативних і регламентуючих документів щодо проведення діагностичних заходів для підтвердження діагнозу.

7. Лікування на догоспітальному етапі слід вважати неадекватним, тактично невірним і проведеним не в повному обсязі, оскільки у 37,26 % випадків не був виконаний внутрішньовенний доступ, у 23,52 % не здійснювалася фармакотерапія, у 68,62 % не проводилася інгаляція киснем, що є також порушенням нормативних документів (стандартів надання медичної допомоги, клінічних протоколів надання лікування тощо), затверджених Міністерством охорони здоров'я України, що регламентують обсяг і характер необхідних клініко-діагностичних досліджень хворих із різними захворюваннями.

Узагальнюючи викладене вище, є підстави вважати, що дані проведеної експертної оцінки дододової летальності однієї з багатопрофільних лікарень дозволяють об'єктивно аналізувати дефекти надання медичної допомоги та виявити основні причини цих дефектів у разі проведення судово-медичних експертиз із приводу лікарських помилок.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Чепелевська Л. А.* Медико-соціальні особливості смертності населення України / Л. А. Чепелевська // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 4 (16). – С. 37–42.
2. *Сміянов В. А.* Визначення якості медичної допомоги та концепції її розвитку / В. А. Сміянов // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2011. – № 1. – С. 86–95.
3. *Федчишин Н. Є.* Вартісна оцінка швидкої медичної допомоги в Тернополі / Н. Є. Федчишин // Вісник соціальної гігієни. – 2011. – № 4. – С. 106–108.
4. *Klein K. R.* Mass medical evacuation: Hurricane Katrina and nursing experiences at the New Orleans airport / K. R. Klein, N. E. Nagel // Disaster Manag. Response. – 2007. – Vol. 5, N 2. – P. 56–61.
5. *Александрова О. С.* Ретроспективний аналіз причин смерті постраждалих с открытой и закрытой травмами живота / О. С. Александрова, И. Р. Николайчик // Экстренная медицина. – 2012. – № 1. – С. 76–88.
6. *Валеев З. Г.* Оценка госпитального этапа оказания скорой медицинской помощи больным при досрочной летальности / З. Г. Валеев, В. Г. Беляков, Л. Я. Салыхова // Казанский медицинский журнал. Эпидемиология и организация здравоохранения. – 2013. – Т. 94, № 1 – С. 111–114.
7. *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.*
8. *Weekends: a dangerous time for having stroke / G. Saposnik, A. Baibergenova, N. Bayer, V. Hachinski // Stroke. – 2007. – Vol. 38. – P. 121–125.*

УДК 612.12-001.45:340.624

В. Д. Мішалов*, д-р мед. наук, проф.,

В. В. Зосіменко**

ЕКСПЕРТНИЙ АНАЛІЗ ВИПАДКІВ ВБИВСТВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ГОСТРИХ ПРЕДМЕТІВ ЯК ОСНОВА КРИМІНАЛЬНОЇ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗЛОЧИНУ

* Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
МОЗ України, Київ, Україна,

** Київське міське клінічне бюро судово-медичної експертизи, Київ, Україна

УДК 612.12-001.45:340.624

В. Д. Мішалов*, В. В. Зосіменко**

СУДОВО-МЕДИЧНА ОЦІНКА ВИПАДКІВ ВБИВСТВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ГОСТРИХ ПРЕДМЕТІВ ЯК ОСНОВА КРИМІНАЛЬНОЇ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗЛОЧИНУ

* Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, Київ, Україна,

** Київське міське клінічне бюро судово-медичної експертизи, Київ, Україна

Викладені результати статистичного аналізу випадків вбивств у Києві з використанням гострих предметів. Визначено наявність зв'язку між статтю і віком злочинця та кількістю заподіяних ним ушкоджень, а також з іншими показниками.

Ключові слова: судово-медична експертиза, гострі предмети, ушкодження, статистичний аналіз, криміналістична характеристика злочину.

UDC 340.6:614.23/.25:616-036.8

V. D. Mishalov*, V. V. Zosimenko**

EXPERT ANALYSIS OF MURDER CASES WITH SHARP OBJECTS AS A BASIS FOR CRIME CHARACTERISTICS

* P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education MH of Ukraine, Kyiv, Ukraine,

** The Kyiv Forensic Bureau, Kyiv, Ukraine

There were highlighted the results of statistical analysis of murders in Kiev with the usage of sharp objects. It was defined the relationship between gender and age of a criminal and the amount and location of damages inflicted, as well as the other indices.

Key words: forensic examination, sharp objects, damages, statistical analysis, forensic characterization of crimes.

Криміналістична характеристика злочину (КХЗ) — це можливість встановлення за кількістю, характером і локалізацією тілесних ушкоджень ймовірних ознак злочинця (стать, вік тощо). Існують поодинокі роботи стосовно вивчення статистичної картини вбивств у певних регіонах і за певний період часу [1–4]. Наукову розробку вказаного терміну започаткував О. Н. Колісниченко, який відмітив, що злочини мають загальні риси криміналістичного характеру [5; 6].

Сьогодні КХЗ — це система даних про криміналістично значущі ознаки певного виду або групи злочинів, які мають закономірні зв'язки між ними, і мета якої — створення та перевірки криміналістичних версій [7]. Значення КХЗ передусім полягає у тому, що на початковому етапі розслідування злочинів, коли існує певний дефіцит інформації, завдяки стійким кореляційним зв'язкам між різними елементами КХЗ, виникає можливість розгляду нових версій щодо невстановле-