

В. П. Бурлаченко, М. В. Хріненко, В. О. Ситнікова

АНАЛІЗ ЯКОСТІ ДІАГНОСТИКИ У ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ОДЕСИ ТА ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА 2007 РІК І 9 МІСЯЦІВ 2008 РОКУ

Одеське обласне патологоанатомічне бюро

Вступ

Контроль якості клінічної діагностики здійснюється шляхом аналізу заключного клінічного та патологоанатомічного діагнозів. Порівняння двох діагнозів проводять за відомими лікарям правилами.

Поняття «збіг» і «розходження» клінічного та патологоанатомічного діагнозів доцільне стосовно рубрик «Основне захворювання», тобто початкова причина смерті. При аналізі враховується тільки діагноз, записаний на першій сторінці історії хвороби. Згідно з правилами встановлення клінічного та патологоанатомічного діагнозів, мають бути чітко виділені основне захворювання, ускладнення та супровідне захворювання [1–4; 6–8].

Розходженням діагнозів (РД) слід вважати розбіжності будь-якої нозологічної одиниці з рубрики основного захворювання:

- за її суттю та наявністю (гіпер- і гіподіагностика);
- за локалізацією (у тому числі в межах одного органа);
- за етіологією та характером патологічного процесу (наприклад, гостре порушення мозкового кровообігу — ішемічний інфаркт або внутрішньомозковий крововилив).

Категорія РД — важлива характеристика, яка вказує як на об'єктивні можливості вірної прижиттєвої діагностики, так і на значення діагностичної помилки для кінця захворювання. З одного боку, РД характеризує якість роботи лікаря-клі-

ніциста, з другого — сумлінність і професіоналізм лікаря-патологоанатома, а також спроможність керівництва лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ) забезпечити надання кваліфікованої своєчасної медичної допомоги населенню.

Існують три категорії розходження клінічного та патологоанатомічного діагнозів.

I категорія — захворювання не було розпізнане на попередніх етапах або у даному лікувальному закладі встановлення вірного діагнозу було неможливе через тяжкість стану хворого, розповсюдженість патологічного процесу, короткочасність перебування пацієнта в даному закладі.

Причини РД за I категорією завжди об'єктивні.

II категорія — захворювання не було розпізнане у даному лікувальному закладі у зв'язку з недоліками в обстеженні хворого, відсутністю необхідних і доступних досліджень; при цьому необхідно враховувати, що правильна діагностика не обов'язково вирішально вплинула на кінець захворювання, але правильний діагноз міг бути і повинен був бути поставлений.

Таким чином, частина випадків РД за II категорією є наслідком об'єктивних труднощів діагностики, а частина — суб'єктивних причин.

III категорія — неправильна діагностика зумовила помилкову лікарську тактику, що виявилось визначальним у летальному кінці захворювання [1; 2].

Причини РД за III категорією здебільшого суб'єктивні, але можуть бути й об'єктивними.

Джерела та причини РД можуть бути об'єктивними та суб'єктивними.

Об'єктивні причини помилкового діагнозу:

— короткочасність перебування хворого в медичному закладі;

— неможливість обстеження у зв'язку з тяжким станом хворого;

— об'єктивні труднощі діагностики: атипівність розвитку та перебігу процесу, рідкість захворювання, обмеженість діагностичних методів у лікувальному закладі.

Суб'єктивні причини помилкової діагностики зумовлені рівнем підготовки та кваліфікації лікаря, а саме:

— недообстеженням хворого;

— недостатністю анамнестичних даних;

— недостатністю або переоцінкою даних клінічного обстеження (лабораторних, рентгенологічних та ін.);

— недостатністю або переоцінкою висновку консультанта;

— невірним оформленням діагнозу [1–4].

Відомо, що клінічний перебіг деяких захворювань та їхніх ускладнень доволі схожий, часто «маскується» під інші нозологічні одиниці. У деяких випадках лікар не використовує усі доступні діагностичні можливості або ж не має їх зовсім, а інколи неточно розцінює прояви хвороби. Тим же часом діагностичні можливості лікаря завж-



ди обмежені рівнем забезпечення лікарняного закладу сучасним обладнанням і технологіями обстеження хворого. Тому, у середньому, більше ніж у 15 % хворих заключні клінічні діагнози виявляються помилковими, і ці показники не мають тенденції до зниження. Так, у клініках США і Великобританії РД тримається на рівні 10–30 %, в Європейських клініках — 15 %, у ЛПЗ Росії — 10–14%, в Україні — 12–18%. У багатопрофільних стаціонарах, що надають швидку допомогу, РД навіть теоретично не може бути нижче 10 % [5].

Метою нашого дослідження були оцінка якості діагностики у ЛПЗ Одеси та Одеської області за допомогою аналізу заключного клінічного та патологоанатомічного діагнозів і визначення відсотка їх розходження.

Матеріали та методи дослідження

Вивчались історії хвороби та протоколи автопсій померлих у ЛПЗ Одеси та Одеської області за 2007 р. та 9 міс. 2008 р.

Результати дослідження та їх обговорення

Загальна питома вага автопсій у ЛПЗ Одеської області у 2007 р. становила 76,2 %; у 2008 р. (за 9 міс.) — 65,5 %.

Найвищі показники у Кодимському районі (100 %), Балтському (92,3 %), Фрунзівському (92 %), Ренійському (90,1 %).

Найнижчі показники зареєстровані в Березівському (1,9 %) та Іванівському районах (4 %). Порівняно з 2007 р., у 2008 р. знизилися показники у Б.-Дністровському (з 91,1 до 79 %), Ізмаїльському (з 97,9 до 81,5 %), Кілійському (з 84,4 до 64,4 %), Саратському (з 72,1 до 53,9 %) районах. Натомість зросли у В. Михайлівському (з 30,8 до 88,8 %), Миколаївському (з 57,1 до 75 %), Ширяївському (з 46,7 до 80 %) районах.

Питома вага автопсій у лікарнях Одеси становила у 2007 р. 63,8 %, у 2008 (9 міс.)

— 61,6 %. Дещо знизився відсоток автопсій за вказаний термін у МКЛ № 5 (з 55,5 до 32,4 %), МКЛ № 7 (з 85,2 до 76,3 %) та інфекційній лікарні (з 94 до 70,1 %).

В обласних стаціонарах: у 2007 р. — 61,7 %; 2008 (9 міс.) — 65,9 %. Найвищий показник автопсій — в Обласній психіатричній лікарні № 1: у 2007 — 93 %; у 2008 (9 міс.) — 91,5 %; найнижчий — у 2007 р. в Обласному протитуберкульозному диспансері — 39,7 %; у 2008 р. — в Обласному центрі СНІД (55,7 %).

Таким чином, тільки близько 75 % померлих у ЛПЗ Одеси та Одеської області піддавалися автопсійному дослідженню.

Стосовно якості діагностики наведемо такі дані (таблиця).

За 2007 р. було зареєстровано 361 випадок РД, що становило 10 %. Із них у ЛПЗ районів — 119 (8,5 %) випадків; у ЛПЗ Одеси — 133 (9,3 %); в обласних стаціонарах — 109 (14,3 %). За 9 міс. 2008 р. РД зареєстровано у 304 випадках, що становило 11,3 %. Із них у ЛПЗ районів — 82 (8,4 %), у стаціонарах міста — 151 (14,8 %), в обласних стаціонарах — 71 (10,8 %).

Таким чином, якість діагностики у ЛПЗ Одеси та Одеської області суттєво не змінилася.

Серед ЛПЗ Одеси та Одеської області багато профільних закладів, куди потрапляють хворі, які вже пройшли обстеження на догоспітальному етапі (протитуберкульозні заклади, центр СНІД, онкодиспансер). Занепо-

Таблиця

Кількість автопсій та якість діагностики у ЛПЗ Одеси й Одеської області за 2007 р. та 9 міс. 2008 р.

ЛПЗ	2007 р.			2008 р.		
	Кількість автопсій	РД	%	Кількість автопсій	РД	%
Одеська область						
Ананьїв	14	1	6,7	9	0	0
Арциз	50	8	40	44	2	4,5
Б.-Дністровський	41	2	4,9	34	4	11,7
м. Б.-Дністровський	231	9	3,9	155	13	8,3
Балта	89	11	12,4	72	13	18
Біляївка	89	15	16,9	30	7	23,3
Березівка	6	3	50	1	0	0
Болград	87	2	2,3	78	7	8,9
В. Михайлівка	9	0	0	16	0	0
Іванівка	10	2	20	1	0	0
Ізмаїл	189	25	13,2	124	9	7,25
Кілія	54	4	7,4	29	0	0
Кодима	64	0	0	31	0	0
Комінтерново	14	2	14,3	8	1	12,5
Котовськ	70	7	10	50	3	6
Кр. Окни	7	0	0	9	0	0
Любашівка	15	0	0	22	1	4,5
Миколаївка	8	0	0	6	0	0
Овідіопіль	97	8	8,2	31	10	25,8
Роздільна	40	6	15	30	1	3,3
Рені	58	4	6,9	55	1	1,8
Сарата	49	3	6,1	30	4	13,3
Саврань	7	2	28,6	3	0	0
Татарбунари	58	5	8,6	43	5	11,6
Тарутино	13	0	0	15	0	0
Фрунзівка	17	0	0	23	1	4,3
Ширяєво	7	0	0	16	0	0
Разом	1393	119	8,5	965	82	8,4



ЛПЗ	2007 р.			2008 р.		
	Кількість автопсій	РД	%	Кількість автопсій	РД	%
Одеса						
МКЛ № 1	491	31	6,3	324	36	11,1
МКЛ № 3	65	1	1,5	54	7	12,9
МКЛ № 5	40	7	17,5	24	4	16,6
МКЛ № 7	58	5	1,7	29	2	6,8
МКЛ № 8	57	6	10,5	47	15	31,9
МКЛ № 9	41	7	17	51	9	17,6
МКЛ № 10	240	21	8,8	178	23	12,9
МКЛ № 11	184	27	14,4	121	15	12,4
Кл. ОДМУ	—	—	—	5	2	40
Міськ. тублікарня	205	5	2,4	144	24	16,6
Інфекційна лікарня	67	22	33,3	40	14	35
Шпиталь ІВВ	1	1	100	0	0	0
Разом	1449	133	9,3	1017	151	14,8
Обласні ЛПЗ						
ООД	79	8	10	73	10	13,6
ОДКЛ	—	—	—	53	16	30,1
ОКЛ	258	62	24	201	24	11,9
ОКТЛ	119	4	3,4	121	2	1,6
ОТД	48	5	9,9	41	5	12,1
ОПЛ № 1	147	11	7,5	140	11	7,8
ОПЛ № 2	65	19	29,2	28	3	10,7
Обл. центр СНІД	45	0	0	34	0	0
Разом	761	109	14,3	691	71	10,2
Узагальнено	3604	361	10,0	2673	304	11,3

коєння викликають стаціонари, у яких РД тримається на позначці «0». Це переважно районні лікарні: Березівська, В. Михайлівська, Іванівська, Кілійська, Кодимська, Красноокнянська, Миколаївська, Савранська, Тарутинська, Ширяївська.

Безсумнівно, така ситуація здебільшого зумовлена відносно невисоким професійним рівнем патологоанатомів-сумісників.

У ЛПЗ Одеси стрімко зріс відсоток РД у МКЛ № 3, МКЛ № 7, МКЛ № 8, міській протитуберкульозній лікарні. Натомість в обласних стаціонарах: ОКЛ і ОПЛ № 2 — відмічається падіння відсотка розбіжностей заключних діагнозів.

Структура РД досить стабільна, коливання відмічаються між кількістю РД I та РД II категорій (рисунок).

Найбільший відсоток РД у 2007 р. за терміном перебування у стаціонарі зареєстровано у випадках, коли хворі помер-

ли протягом першої доби. У 2008 р. — найбільший показник серед хворих, які померли протягом перших 3 діб, на другому місці — померлі протягом першої доби, що цілком зрозуміло. Викликає занепокоєння той факт, що протягом перших

2 тиж. перебування хворих у ЛПЗ більш як у кожного десятого померлого був встановлений помилковий діагноз.

Щодо якості діагностики різних захворювань, то вона не є однаковою. За даними літератури, деякі захворювання, у тому числі хвороби сечостатевої системи, органів дихання та новоутворення, діагностуються гірше. Так, у стаціонарах Москви кількість РД серед хвороб сечостатевої системи сягає 35–40 %, органів дихання — 25–30 %, при новоутвореннях — 15–20 %. У США щороку неточно діагностується до 30 тис. новоутворень і близько 100 тис. інших захворювань [1; 2].

Згідно з даними ЛПЗ Одеси та області за 2007 р., найбільша кількість випадків РД трапилася при інфекційних хворобах, новоутвореннях, хворобах системи кровообігу. У 2008 р. цей перелік доповнили хвороби органів травлення.

Серед причин РД домінують об'єктивні чинники: короткочасне перебування хворого у ЛПЗ становить 24,2 % у 2007 р., 30,5 % у 2008 р.; тяжкий стан хворого у 24,2 % випадків у 2008 р. завадив проведенню якісного обстеження. Об'єктивні труднощі стали причиною РД у 19,4 % хворих у 2007 р. та у 15,8 % — у 2008 р. Проте ще залишається великою частка

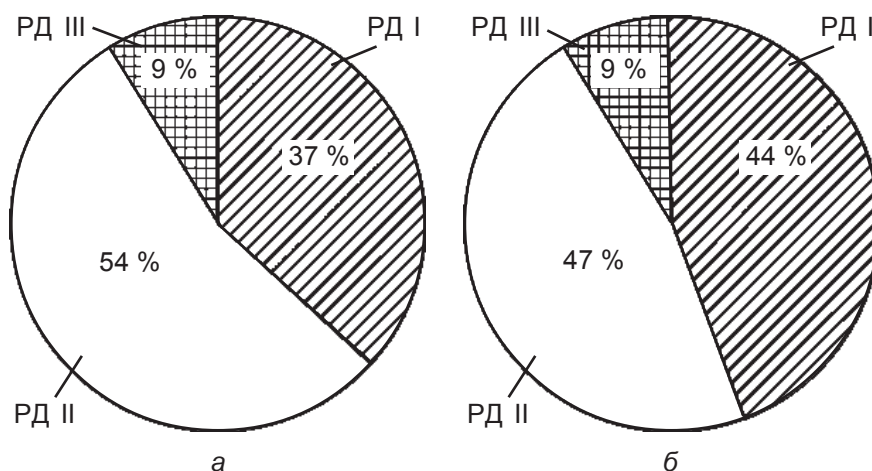


Рисунок. Питова вага розходжень діагнозів за категоріями у ЛПЗ Одеси й Одеської області: а — 2007 р.; б — 2008 р. (9 міс.)

РД, обумовлена суб'єктивними причинами, а саме недообстеженням хворих. Так, у 2007 р. цей показник становив 36,3 % і знизився у 2008 р. до 17,5 %. Недостатність анамнестичних даних у 2008 р. відмічена у 1,8 % випадків, недостатність даних клінічного обстеження зросла з 2,5 % у 2007 р. до 9,4 % у 2008 р. Сталим залишається таке явище, як невірне оформлення заключного діагнозу — 17,7 % у 2007 р. та 16,4 % у 2008 р.

Висновки

Для підвищення якості клінічної діагностики захворювань у ЛПЗ Одеси та Одеської області з метою надання кваліфікованої медичної допомоги населенню необхідно:

1. Збільшити кількість додаткових методів досліджень під час автопсій (бактеріологічний, вірусологічний, цитологічний, гістохімічний та ін.), які надають можливість більш кваліфіковано й обгрунтовано робити ви-

сновки про першопричину смерті.

2. Обгрунтовувати відмови ЛПЗ від автопсійного дослідження.

3. Підвищувати кваліфікацію лікарів-патологоанатомів, залучати їх до спільних клінічних обговорень тяжких терапевтичних і хірургічних випадків.

4. Посилити контроль за оформленням медичної документації, яка надсилається на автопсію.

5. Підвищити контроль за якістю автопсій, проведених лікарями-сумісниками.

6. Пропонувати відповідні проблеми для обговорення на засіданнях наукового товариства патологоанатомів Одеси та Одеської області із запрошенням провідних фахівців із цих питань.

ЛІТЕРАТУРА

1. Автандилов А. А. Оформление диагноза / А. А. Автандилов, О. В. Зайратьянц, Л. В. Кактурский. — М.: Медицина, 2004. — 304 с.

2. Зайратьянц О. В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов / О. В. Зайратьянц, Л. В. Кактурский. — М.: МИА, 2008. — 424 с.

3. Госпітальна патологічна анатомія / В. М. Благодаров, О. С. Гавриш, К. О. Богомолець [та ін.]. — К., 2001. — 108 с.

4. Клінічна патологічна анатомія / А. Ф. Яковцова, І. К. Кондакова, В. Д. Марковський, М. М. Пітенко. — Х.: Гриф, 2004. — 280 с.

5. Про розвиток та удосконалення патологоанатомічної служби в Україні: наказ МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р. // Збірник нормативно-директивних документів охорони здоров'я. — 2001. — № 5/6. — 250 с.

6. Патологія: клініко-анатомічний аналіз / В. М. Благодаров, В. В. Вербицький, О. С. Гавриш [та ін.]. — К.: Аверс, 2001. — 128 с.

7. Патологічна анатомія: керівництво для практичних занять / В. М. Благодаров, О. С. Гавриш, К. О. Богомолець [та ін.]. — К., 2003. — 363 с.

8. Zagoroulo A. Textbook and methodical recommendations on biopsy-sectional course for medical students / A. Zagoroulo, T. Filonenko, G. Nechiporenko. — Simferopol, 2006. — 88 p.

УДК 618.36:618.3:616.61-002+616-097

Т. Д. Задорожна, О. І. Єщенко, Т. В. Волошина

МОРФОЛОГІЧНІ Й ІМУНОГІСТОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МАТЕРИНСЬКОЇ ТА ФЕТАЛЬНОЇ ЧАСТИН ПЛАЦЕНТИ ЖІНОК ІЗ ХРОНІЧНИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ У ПОЄДНАННІ З ПІДВИЩЕНИМ РІВНЕМ АНТИФОСФОЛІПІДНИХ АНТИТІЛ

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України», Київ

У порушенні внутрішньо-утробного розвитку плода важливу роль відіграє патологія плаценти — у першу чергу та, яка призводить до плацентарної недостатності. Сьогодні приділяється велика увага антифосфоліпідним антитілам (АФА) та їх ролі в акушерській та екстрагенітальній патології. У патогенезі антифосфоліпідного синдрому при вагітності основ-

ним ланцюгом є підвищення тромбоутворення, у тому числі й у судинах плаценти. У зв'язку з цим великого значення набуває гістологічна й імуногістохімічна оцінка стану структур плаценти від жінок із хронічним пієлонефритом і підвищеним рівнем АФА.

Мета роботи полягала у визначенні морфологічних та імуногістохімічних особливостей

плацент жінок із хронічним пієлонефритом і різним рівнем АФА.

Матеріали та методи дослідження

З метою вивчення морфологічних та імуногістохімічних особливостей материнської і плодової частин плаценти жінок із хронічним пієлонефритом і різним рівнем АФА (ан-

