

УДК 616–036.88

ВЛИЯНИЕ ОБЪЕКТИВНЫХ И СУБЪЕКТИВНЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМУЛИРОВАНИЕ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА В БОЛЬНИЦЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ю. С. Корнева^{1,2}, О. О. Фролкова³¹Смоленская государственная медицинская академия, г. Смоленск, Россия²Смоленский областной институт патологии, г. Смоленск, Россия³Больница скорой медицинской помощи, г. Смоленск, Россия

THE INFLUENCE OF OBJECTIVE AND SUBJECTIVE FACTORS ON FORMULATION OF POSTMORTEM DIAGNOSIS IN THE EMERGENCY HOSPITAL

Yu. S. Korneva^{1,2}, O. O. Frolova³¹Smolensk State Medical academy, Smolensk, Russia²Smolensk Regional Institute of Pathology, Smolensk, Russia³The Red Cross Hospital, Smolensk, Russia

© Ю. С. Корнева, О. О. Фролкова, 2014

Изучено влияние объективных (длительность госпитализации, полнота проведенного обследования) и субъективных (проведение аутопсии) факторов на количество нозологических форм в рубриках заключительного клинического диагноза (ЗКД) в отделениях хирургического и терапевтического профиля больницы скорой помощи г. Смоленска. Проанализированы истории болезней умерших за 2011–2012 гг. Показано, что врачи необоснованно увеличивают количество заболеваний в ЗКД в случае высокой вероятности проведения аутопсии; врачи хирургических стационаров менее подвержены влиянию как объективных, так и субъективных факторов при формулировании ЗКД.

Ключевые слова: рубрики диагноза, посмертный диагноз, гипердиагностика.

The effect of objective (duration of hospitalization, the scope of survey) and subjective factors (the possibility of autopsy) on amount of nosological forms in different headings of the postmortem clinical diagnosis in therapeutical and surgical departments was investigated. Case histories of the patients died in Red Cross Hospital in 2011–2012 were analyzed. The investigation revealed that doctors increase amount of nosological forms in postmortem diagnosis in case of high opportunity of autopsy unreasonably. But surgeons are less influenced by objective as well as subjective factors in their diagnoses.

Key words: main heads of diagnosis, postmortem diagnosis, hyperdiagnosis.

Контакты: Корнева Юлия Сергеевна, ksu1546@yandex.ru

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время правильное построение заключительного клинического диагноза (ЗКД), отражающего танатогенез у конкретного пациента, приобретает все большее значение как с юридических позиций, так и с позиций страховой медицины. При этом влияние экономических и юридических аспектов нередко оказывается первостепенным при построении ЗКД. Существует мнение, что узкие специалисты сокращают количество нозологических форм в диагнозе, в то время как терапевты берут на себя задачу синдромального анализа пациента, что особенно актуально для больницы скорой медицинской помощи [1]. Однако большое количество заболеваний и их осложнений в клиническом диагнозе приводит к полипрагмазии, что делает невозможным контроль эффективности терапии, увеличивает материальные затраты па-

циентов и медицинских учреждений и повышает риск развития осложнений от терапии.

Цель исследования: оценить влияние некоторых объективных (продолжительность госпитализации, полнота проведенного обследования) и субъективных факторов (проведение аутопсии) на количество нозологических форм в рубрике «основное заболевание» (ОЗ), «сопутствующие заболевания» (СЗ) и «осложнения» ЗКД у больных, умерших в отделениях терапевтического и хирургического профиля больницы скорой медицинской помощи. В группе умерших, подвергнутых аутопсии, провести сравнения количества заболеваний в основных рубриках ЗКД и патологоанатомического диагноза (ПД).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы истории болезни пациентов, умерших в ОГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи г. Смоленска» в 2011–2012 гг. (всего 1276 историй). Все случаи были разделены на группу терапевтического профиля и хирургического профиля. Дополнительно обе исследуемые группы были поделены на подгруппы умерших, которым была проведена аутопсия (подгруппа А1), и которым аутопсия не проводилась (подгруппа А2).

Подсчитывалось количество проведенных в больнице койко-дней (при досуточном пребывании в стационаре время пребывания в стационаре было переведено в доли суток), количество проведенных пациенту исследований. Затем подсчитывалось количество нозологических форм в ОЗ, при этом в первую очередь учитывалась конструкция основного заболевания — монокаузальное, бикаузальное, полипатия [2], СЗ и осложнений в ЗКД и ПД. Статистическая обработка данных проведена в программе Statistica 6.0 с использованием критерия Манна–Уитни (для поиска различий между сравниваемыми группами) и ранговой корреляции Спирмена с оценкой результатов по шкале Чеддока (для поиска зависимости между исследуемыми параметрами). Результаты считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Формулирование ЗКД в больнице скорой медицинской помощи во многом зависит от специфики и трудности работы врачей: пациенты обычно поступают в тяжелом состоянии, что затрудняет уточнение анамнеза, проведение диагностических мероприятий, летальный исход

часто наступает в течение первых суток. И поэтому процент расхождения ЗКД и ПД в больницах скорой медицинской помощи выше, чем в специализированных стационарах. Исследователи единогласно говорят о значимом повышении тяжести протекания заболевания и высокой смертности пациентов в случае наличия коморбидности [3, 4]. С другой стороны, согласно статистическим данным, в США случаи гипердиагностики патологических состояний обходятся в 200 миллиардов долларов [5]. Основные «движущие силы» гипердиагностики: совершенствование технологий диагностики заболеваний, позволяющее выявить малейшее отклонение от нормы [6], желание избежать судебных санкций при отсутствии ранней диагностики заболевания [7], показатели качества работы могут также стимулировать гипердиагностику с целью получения вознаграждения.

В качестве объективных факторов, способных влиять на количество заболеваний в ЗКД, нами рассмотрено влияние продолжительности госпитализации и количество проведенных исследований. Логично считать, что увеличение продолжительности госпитализации должно прямо пропорционально коррелировать с полнотой обследования пациента и, соответственно, количеством установленных у него нозологических форм во всех рубриках диагноза.

Изучение влияния продолжительности госпитализации на количество нозологических единиц в основных рубриках ЗКД выявило следующие особенности. Для отделений терапевтического профиля выявлено статистически значимое увеличение количества ОЗ ($r=0,18$, $p<0,01$) и СЗ ($r=0,14$, $p<0,01$), при статистически значимом уменьшении частоты развития осложнения ($r=-0,12$, $p<0,01$). При сравнении тех же параметров в отделениях хирургического профиля отмечено отсутствие статистически значимой зависимости между количеством ОЗ в ЗКД ($r=0,03$, $p=0,48$) и сроков госпитализации, в то время как количество СЗ и осложнений увеличивается прямо пропорционально сроку госпитализации ($r=0,11$, $p<0,05$, $r=0,13$, $p<0,01$ соответственно). Следует отметить, что для отделений хирургического профиля увеличение сроков госпитализации является фактором, приводящим к увеличению частоты осложнений вследствие присоединения осложнений в послеоперационном периоде [8, 9].

Изучение влияния полноты проведенного обследования на количество нозологических форм

в ЗКД выявило статистически значимое увеличение нозологических единиц в ОЗ и СЗ ($r=0,15$, $p<0,01$, $r=0,14$, $p<0,01$ соответственно) при большем количестве проведенных исследований, но значимом снижении частоты развития осложнения ($r=-0,17$, $p<0,01$) в отделениях терапевтического профиля. У умерших в отделениях хирургического профиля не выявлено статистически значимой зависимости между количеством ОЗ и СЗ и количеством проведенных исследований ($r=-0,04$, $p=0,39$, $r=0,08$, $p=0,08$ соответственно), но выявлена прямая корреляционная связь между количеством проведенных исследований и количеством осложнений ($r=0,14$, $p<0,01$).

Интересной является статистически значимая отрицательная корреляционная между количеством ОЗ и СЗ в ЗКД умерших в отделениях хирургического профиля ($r=-0,21$, $p<0,001$), но отсутствие какой-либо значимой связи между ОЗ и СЗ в ЗКД терапевтического профиля ($r=-0,05$, $p=0,16$). Данная особенность, возможно, связана с тем, что врачам хирургического профиля проще вычленив в качестве ОЗ перво-степенное звено танатогенеза, чем врачам терапевтического профиля.

В качестве субъективного фактора, влияющего на формулирование посмертного диагноза, мы исследовали факт предстоящей аутопсии. При сравнении количества нозологий в основных рубриках ЗКД у больных терапевтического профиля в группах без проведения аутопсии (группа А1) и с проведением вскрытия (группа А2) выявлено статистически значимо большее количество ОЗ ($r_1=143\,994$, $r_2=101\,356$, $p<0,01$) и осложнений ($r_{A1}=163\,691$, $r_{A2}=80\,260$, $p<0,01$) в группе умерших, подвергнутых аутопсии. Для количества СЗ статистически значимых различий в данных сравниваемых группах различий выявлено не было ($r_{A1}=15348$, $r_{A2}=911\,648$, $p=0,53$). Причем сравнение количества нозологических форм в ОЗ, СЗ и осложнениях в ЗКД и ПД в группе с проведением аутопсии обнаружило статистически значимо большее количество ОЗ в ЗКД в сравнении с количеством ОЗ в ПД ($p<0,01$) при отсутствии значимых различий по количеству осложнений и сопутствующей патологии. Данный факт наводит на мысль, что неоправданное увеличение количества основных заболева-

ний в ЗКД в группе умерших, которым предстоит аутопсия, связано со стремлением клинициста избежать возможного расхождения диагнозов, «перекрыв» все возможные варианты. Тот факт, что сличение ЗКД и ПД и решение о наличии расхождения диагнозов проводится только по ОЗ, подтверждает вышесказанное отсутствием значимых различий для рубрики СЗ и рубрики «осложнения». Аналогичное деление умерших по принципу наличия/отсутствия аутопсии в группе умерших отделений хирургического профиля с последующим сравнением количества нозологий в диагнозе обнаружило отсутствие статистически значимых различий по ОЗ и осложнениям ($r_{A1}=68\,175$, $r_{A2}=15\,261$, $p=0,6$; $r_{A1}=64\,727$, $r_{A2}=17\,083$, $p=0,1$ соответственно), в то время как в группе с проведением аутопсии количество СЗ значимо больше, чем в группе случаев без аутопсии ($r_{A1}=64\,645$, $r_{A2}=17\,382$, $p<0,05$). Аналогичное сравнение количества нозологических форм в ЗКД и ПД в группе умерших после патологоанатомического исследования не выявило различий в количестве ОЗ и СЗ между ЗКД и ПД ($r_{A1}=157\,024$, $r_{A2}=119\,372$, $p=0,07$; $r_{A1}=156\,243$, $r_{A2}=118\,668$, $p=0,067$ соответственно), но количество случаев осложнения в отделениях хирургического профиля значимо больше в ЗКД по сравнению с ПД ($r_{A1}=143\,117$, $r_{A2}=130\,313$, $p<0,05$).

ВЫВОДЫ

1. Врачи больниц скорой медицинской помощи, учитывая сложность и специфику работы, часто необоснованно увеличивают количество основных заболеваний в ЗКД в случае высокой вероятности проведения аутопсии, чтобы не иметь штрафных санкций за расхождения диагнозов.
2. Увеличение продолжительности госпитализации и более полное обследование приводят к увеличению количества как основных, так и сопутствующих заболеваний в ЗКД.
3. Врачи хирургических отделений больниц скорой медицинской помощи менее подвержены влиянию как объективных, так и субъективных факторов при формулировке ЗКД, по сравнению с врачами терапевтического профиля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Верткин А.Л., Скотников А.С. Коморбидность // Лечащий врач. — 2013. — <http://www.lvrach.ru/2013/06/15435733>.

2. *Зайратьянц О.В., Кактурский О.В., Зайратьянц Л.В.* Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов. — 2-е изд. — М.: МИА, 2011. — 576 с.
3. *Артамонов Р.Г.* К вопросу коморбидности в педиатрической практике // Педиатрия. — 2012. — Т. 91, № 4. — С. 146–149.
4. *Сотников Д.Н., Абрамян Б.А., Курилов В.П.* Послеоперационные гнойные осложнения у колостомированных больных при толстокишечной непроходимости опухолевого генеза // Хирургия. — 2009. — № 6. — С. 44–49.
5. *Berwick D., Hackbarth A.* Eliminating waste in US health care // JAMA. — 2012. — N 307. — P. 1513–1516.
6. *Black W.* Advances in radiology and the real versus apparent effects of early diagnosis // Eur J Radiol. — 1998. — N 27. — P. 116–122.
7. *Moynihan R., Doust J., Henry D.* Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy // British Med. J. — 2012. — doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e3502>.
8. *Стяжкина С.* Роль коморбидной патологии в хирургии и др. // Фундаментальные исследования. — 2011. — № 7. — С. 138–140.
9. *Хромова В.Н.* Морфологическое обоснование выбора тактики лечения рецидивирующих лигатурных осложнений передней брюшной стенки // Фундаментальные исследования. — 2011. — № 10. — С. 400–402.

Поступила в редакцию 4.09.2014 г.