



М.Б. Щербиніна, О.В. Закревська

ДУ «Інститут гастроентерології АМН України»,
Дніпропетровськ

Аналіз лікарських помилок на амбулаторному етапі діагностики та лікування хронічного холецистититу у пацієнтів молодого віку

Ключові слова:

Лікарські помилки, хронічний холецистит, стандарти медичної допомоги.

Проблема лікарських помилок стає дедалі актуальнішою в усьому світі. За різними оцінками, в США від лікарських помилок щорічно вмирають 50–100 тис. осіб, у Великій Британії – 70 тис., у Німеччині – 100 тис., в Італії – близько 90 тис. пацієнтів [1]. За підрахунками експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), через лікарську недбалість в Україні щодня помирають 6–7 хворих і втричі більше стають інвалідами. Однак офіційна статистика з цього питання в нашій країні відсутня.

У гастроентерологічній практиці лікарські помилки надзвичайно поширені на всіх етапах надання медичної допомоги. Це призводить до хронізації патології у 38 % пацієнтів, збільшення терміну непрацездатності у 64 % випадків та розвитку ускладнень – у 2 %. В структурі захворювань осіб, спрямованих до гастроентерологічних стаціонарів, хронічний холецистит (ХХ) посідає перше місце (33 %) і третє (17 %) – серед діагнозів, установлених у стаціонарі [10]. У зв'язку з цим помилки, яких припустилися на етапах діагностики та лікування біліарної патології, мають соціальне значення і потребують ретельного аналізу.

Чітке визначення лікарської помилки відсутнє. Інтегративно «лікарську помилку» визначають як ненавмисну неправильну дію (або бездіяльність) лікаря, яка спричинила (або могла спричинити) порушення медичних технологій, збільшення (або не зниження) ризику прогресування захворювання, можливості виникнення нового

патологічного процесу, а також неоптимальне використання ресурсів охорони здоров'я, що, зрештою, призвело до зниження якості надання медичної допомоги [1, 3, 8, 11].

Виділяють такі види лікарських помилок:

1. Діагностичні (пов'язані з установленням діагнозу): помилки у виборі методів досліджень, оцінці їхніх результатів, неповне обстеження хворого, помилки діагностичних маніпуляцій.
2. Лікувальні: тактичні, технічні помилки при лікувальних маніпуляціях.
3. Організаційні: адміністративні, документальні, деонтологічні.

Зазначають об'єктивні причини лікарської помилки (зміна медичних концепцій, проблеми з технічним забезпеченням, організаційні труднощі) і суб'єктивні (низький професіоналізм лікаря, недбалість, елементарне невігластво, відсутність знань, безграмотність), недотримання принципів деонтології. На думку багатьох дослідників, 60–70 % лікарських помилок спричинені суб'єктивними факторами [3].

Серед наслідків лікарських помилок розрізняють такі, які не вплинули негативно на стан пацієнта, нетяжкі у вигляді тимчасової втрати працездатності або непотрібної госпіталізації і тяжкі, які спричинили інвалідність або смерть хворого.

Здавна до діяльності лікаря висували високі вимоги, зокрема неприпустимість помилок. Проте лікар щодня стикається з нетиповими випадками в умовах дефіциту часу та об'єктив-

ної інформації, у зв'язку з чим ризик лікарських помилок є неминучим. Отже, помилки в медицині ймовірні, вони потребують ретельного аналізу, щоб звести їхню кількість до мінімуму. З метою зниження кількості і тяжкості помилок на всіх етапах лікувально-діагностичного процесу розробляють накази, протоколи, доказові рекомендації та стандарти надання медичної допомоги [6, 7].

Мета роботи — проаналізувати лікарські помилки, допущені на амбулаторному етапі діагностично-лікувального процесу у пацієнтів молодого віку з ХХ відповідно до вимог національного стандарту.

Матеріали та методи

Збирання первинного матеріалу проведено із застосуванням розробленої нами «Картки вивчення стану лікувально-профілактичної допомоги, диспансерного спостереження, організації медико-соціальних заходів хворим з патологією біліарної системи в амбулаторно-поліклінічних умовах», яка містить інформацію щодо паспортних даних, діагнозів (основний, ускладнення основного, поєднаний, супутній), анамнезу захворювання, консультацій фахівців, виду та кількості діагностичних (лабораторно-інструментальних) обстежень. Дані зібрано шляхом копіювання медичних амбулаторних карток хворих (ф. 025/о), відібраних методом випадкової вибірки за діагнозом ХХ у групі диспансерного спостереження. До пацієнтів молодого віку згідно з рекомендаціями ВООЗ належали особи віком до 45 років [2]. Інформаційний матеріал отримано в міських поліклініках Вінниці, Дніпропетровська, Житомира, Запоріжжя, Луганська, Львова, Одеси, Тернополя, Ужгорода, Харкова, Херсона, Чернівців.

Для проведення експертної оцінки терапевтичної тактики розроблено «Карту експертної оцінки медичної допомоги пацієнту», в якій зазначено діагностично-лікувальні заходи, які застосовувались. Експертну оцінку тактики ведення пацієнтів проводили відповідно до вимог національного стандарту при ХХ [6]. Дані амбулаторних карток вносили до таблиць, сформованих за допомогою пакета Microsoft Excel, таким чином створено комп'ютерну базу даних. У роботі застосовано стандартні статистичні методи.

Результати та обговорення

Шляхом випадкового добору відібрано дані 208 осіб, які перебували на диспансерному обліку в міських поліклініках з приводу захворювань біліарної системи. Проаналізовано лікарські помилки на амбулаторному етапі діагностики та лікування.

На першому етапі групою експертів оцінено якість діагностики, проведеної лікарем відповідно до стандарту. Недоліки діагностичного процесу були наявні в усіх картках, підданих аналізу. Серед недоліків експертами виділено таке: у 6 (1,5 %) випадках не проведено загального аналізу крові, у 42 (19,0 %) — відсутнє дослідження рівня глюкози в крові, у 21 (8,7 %) — клінічний аналіз сечі, у 56 (25,9 %) — біохімічний аналіз крові, у 86 (40,5 %) — дослідження калу на наявність найпростіших та глистів. У 8 (3,8 %) картках наведено результати імуноферментного аналізу крові на антитіла до лямблій, але не було результатів дослідження на яйця глистів. У 14 (5,6 %) випадках не проведено контроль лабораторних аналізів за наявності показань. Це свідчить про неповне використання лікарем лабораторних ресурсів, що призводить до недооцінки тяжкості перебігу захворювання, гіподіагностики супутньої патології.

На етапі діагностики виявлено 198 лікарських помилок. У 12 (5,8 %) випадках не проведено ультразвукового дослідження (УЗД) органів черевної порожнини, в 55 (25,4 %) — УЗД з жовчогінним сніданком, у 208 (100,0 %) — дуоденальне зондування з мікроскопією та посівом жовчі, в 67 (31,2 %) — гастродуоденоскопію, в 56 (25,9 %) — ЕКГ, що свідчить про неповне використання ресурсів інструментальної діагностики згідно з національним клінічним протоколом. У 2 (1,0 %) випадках не проведено колоноскопію за наявності показань. З діагностичних процедур, які не входять до протоколу, проте, на думку експерта, були необхідні для уточнення діагнозу, в 4 (2,0 %) випадках не проведено гастродуоденоскопії з оглядом Фатерова піптика та ретроградної холангіопанкреатографії, у 2 (1,0 %) — магнітно-резонансної або комп'ютерної томографії.

На думку експертів, належну діагностику не проведено у 72 (34,6 %) випадках. Соціально значущих негативних наслідків лікарських помилок у вигляді ризику передчасної смерті, інвалідизації пацієнта або зниження його трудової активності не відзначено. Суттєво погіршила показники якості діагностики при ХХ відсутність дуоденального зондування з мікроскопічним аналізом жовчі, яке разом з УЗД належить до провідних критеріїв визначення діагнозу, що фактично призвело до невиконання 50 % процедур, зазначених у клінічному протоколі. Це пояснюється недоступністю дослідження, оскільки зондові кабінети в амбулаторній службі відсутні. Таке недотримання стандарту обстеження хворих на ХХ віднесено до об'єктивних причин лікарської помилки.

На етапі встановлення діагнозу експертами відзначено такі лікарські помилки: невідповідність клінічних даних діагнозу у 6 (2,9 %) випадках, гіпердіагностика ХХ — у 9 (4,3 %), відсутність необхідних діагностичних та скринінгових процедур для визначення поєднаної та супутньої патології — у 34 (16,3 %).

На етапі лікування виявлено 149 лікарських помилок. З них у 8 (3,8 %) випадках необґрунтовано було призначено антибактеріальні препарати за відсутності клінічних і лабораторних даних щодо бактеріальної інфекції. У 48 (23,1 %) випадках із загостренням ХХ, навпаки, не застосовано антибактеріальних препаратів. У 17 (8,2 %) випадках не використано спазмолітичних засобів, у 29 (13,9 %) — прокінетичних засобів. У 22 (10,6 %) випадках одночасно призначено спазмолітичні та прокінетичні засоби. У 5 (2,4 %) випадках виявлено несвоєчасне застосування показаних препаратів, що відстрочило поліпшення стану пацієнта. В 12 (5,8 %) випадках були неправильні умови, режим і доза застосування препаратів. У більшості випадків порушення були пов'язані з недостатньою дозою антибактеріальних препаратів, що посилює перебіг основного захворювання. У поодиноких випадках відзначено занижену дозу урсодезоксихолевої кислоти.

Існують дані, що взаємодія лікарських засобів спричиняє розвиток близько 50 % побічних дій препаратів. Відомо, що прийом одночасно 2 препаратів призводить до медикаментозної взаємодії у 6 % хворих, 5 препаратів — у 50 % хворих, 10 препаратів — у 100 % хворих [5]. 8 (3,8 %) пацієнтам було призначено понад 5 лікарських засобів. У 36 (17,3 %) випадках відзначено помилки у рекомендаціях щодо подальшого лікування. Зазначені помилки фармакотерапії або зумовлюють недостатню ефективність лікування біліарної патології, або призводять до перевитрати ресурсів фармакотерапії, здорожчання курсу лікування, підвищення ризику розвитку негативних медикаментозних ускладнень.

Таким чином, на амбулаторному етапі діагностики та лікування виявлено 347 помилок, що в

перерахунку на одного хворого, який перебував під спостереженням, становить 1,7 помилки. Кількість випадків негативного впливу лікарських помилок на стан пацієнта, що призвело до збільшення терміну непрацездатності, становила 22 (10,6 %). Соціально значущих негативних наслідків у вигляді ризику передчасної смерті, інвалідизації пацієнта або зниження його трудової активності відзначено не було. Кількість випадків тимчасової втрати працездатності на 100 осіб, які перебували під диспансерним наглядом з приводу ХХ, становила 60,1.

На стаціонарне лікування спрямовано 62 (29,8 %) пацієнтів. Аналіз загальних причин госпіталізації свідчить, що у 14 (22,6 %) випадках мало місце неефективне амбулаторне лікування. Більшість осіб були госпіталізовані у відділення терапевтичного профілю, переважно гастроентерологічні (таблиця). Отже, третина пацієнтів загальної групи пройшли курс лікування у стаціонарі один чи два рази, хоча згідно з клінічними протоколами лікування цього контингенту має проводитися переважно в амбулаторних умовах.

Незадоволеність користувачів (пацієнтів) якістю медичної допомоги все частіше стає приводом звернення до суду, який визначає міру відповідальності лікаря. У зарубіжній судовій практиці неодноразово обговорювалося питання, яке безпосередньо пов'язане з лікарською помилкою, — про стандарт медичного догляду та професійних навичок лікаря. Цілком достатньо, якщо він застосовує рівень майстерності, звичайний для пересічного фахівця, який практикує у певній галузі, діє згідно з чинним стандартом, обізнаний з новими досягненнями в галузі медицини. Економічні умови, безперечно, обмежують застосування стандартів, що робить позиції лікаря уразливими. При недостатньому фінансуванні в окремих медичних закладах застосування навіть елементарних лабораторних та апаратних методів досліджень становить проблему. Водночас при розгляданні судових позовів щодо лікарських помилок зазначені стандарти медичної допомоги можуть бути застосовані [4].

Таблиця. Розподіл госпіталізованих пацієнтів за відділеннями

Відділення	Усього пацієнтів	Проліковано 1 раз на рік	Проліковано 2 рази на рік
Денний стаціонар	16 (25,8 %)	11 (23,4 %)	5 (33,3 %)
Гастроентерології	27 (43,6 %)	19 (40,4 %)	8 (53,3 %)
Терапевтичне	11 (17,7 %)	9 (19,2 %)	2 (13,4 %)
Хірургічне	8 (12,9 %)	8 (17,0 %)	—
Усього	62 (100 %)	47 (100 %)	15 (100 %)

Безумовно, якщо лікар діє згідно з чинними стандартами, то він певною мірою захищений у правовому аспекті. Це підвищує вимоги до стандартів, водночас вони повинні відповідати реаліям сьогодення. Чинні стандарти за фахом «Гастроентерологія» було прийнято в 2005 р. і з того часу вони не оновлювалися. Проведене нами анкетування серед 434 лікарів терапевтичного профілю засвідчило, що близько 80 % опитаних використовують чинні стандарти як для діагностики, так і при лікуванні захворювань біліарного тракту. Частина респондентів (102 (23,6 %)) вважають стандарти нездійсненними в клінічній практиці через великий обсяг діагностичних процедур (85 (19,6 %)), відсутність регулярного оновлення (45 (10,4 %)), неконкретні рекомендації (21 (4,8 %)) [9]. Таким чином, чинні стандарти потребують удосконалення.

Висновки

На амбулаторному етапі діагностики та лікування хворих на ХХ допущено 347 лікарських помилок (198 діагностичних, 149 фармакотерапії), що становить 1,7 помилки на один випадок захворювання. Кількість випадків з негативним впливом лікарських помилок на стан пацієнта, що призвели до збільшення терміну непрацездатності, становила 22 (10,6 %). Третина пацієнтів загальної групи пройшла курс лікування у стаціонарі один чи два рази, хоча згідно з клінічними протоколами лікування цього контингенту повинно проводитися переважно в амбулаторних умовах. Кожна четверта госпіталізація була спричинена неадекватно проведеним амбулаторним лікуванням. Соціально значущих негативних наслідків у вигляді ризику передчасної смерті або інвалідизації пацієнта не виявлено.

Список літератури

1. Антонов С.В. Медична помилка: юридичний аспект // Управління закладом охорони здоров'я.— 2007.— № 8.— С. 20—26.
2. Валентей Д.И. Демографический энциклопедический словарь // Советская энциклопедия.— М., 1985.— 608 с.
3. Ерманок А.Е. Врачебные ошибки: современное состояние проблемы // 5-й Междунар. научно-практ. конгресс «Человек в экстремальных условиях: здоровье, надежность, реабилитация» (Москва, октябрь 2006 г.).— М.: Би., 2006.— С. 225.
4. Куценко В.В. Врачебная ошибка // Рациональная фармакотерапия в кардиологии.— 2005.— № 3.— С. 69—73.
5. Лазебник Л.Б., Конев Ю.В., Дроздов В.Н. и др. Полипрагматизация: гериатрический аспект проблемы // Consilium Medicum.— 2007.— № 12.— С. 29—34.
6. Наказ МОЗ України № 271 від 13.06.2005 р. «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія».
7. Наказ МОЗ України № 1051 від 28.12.2009 р. «Комплекси діагностичних обстежень та обсяг лікувально-профілактичних заходів диспансерного спостереження за хворими гастроентерологічного профілю».
8. Черников Е.Э., Зарецкий М.М., Черникова Н.М. Врачебная ошибка: невежество или халатность? // Укр. мед. часопис.— 2009.— № 2.— С. 70—73.
9. Щербинина М.Б., Закревская Е.В. Результаты анкетирования врачей терапевтического профиля по вопросам качества оказания амбулаторной медицинской помощи пациентам с билиарной патологией // Сучасна гастроентерол.— 2010.— № 1.— С. 46—51.
10. Щербинина М.Б., Лехан В.Н., Волчек В.В. Врачебные ошибки при диагностике и лечении заболеваний органов пищеварения // Сучасна гастроентерол.— 2007.— № 1.— С. 87—93.
11. Эльштейн Н.В. Современный взгляд на врачебные ошибки // Тер. арх.— 2005.— № 8.— С. 88—92.

М.Б. Щербинина, Е.В. Закревская

Анализ врачебных ошибок на амбулаторном этапе диагностики и лечения хронического холецистита у пациентов молодого возраста

Проанализировано 208 амбулаторных карт больных с диагнозом «хронический холецистит» в группе диспансерного наблюдения. Показано, что врачами на амбулаторном этапе диагностики и лечения допущено 347 ошибок (198 диагностических, 149 фармакотерапии), что составляет 1,7 ошибки на один случай заболевания. В 22 (10,6 %) случаях отмечено негативное влияние врачебной ошибки на состояние пациента, что привело к увеличению срока нетрудоспособности. Треть пациентов общей группы пролечены в стационаре один или два раза, хотя согласно клиническим протоколам лечение этого контингента должно проводиться преимущественно в амбулаторных условиях. Каждая четвертая госпитализация вызвана неадекватно проведенным амбулаторным лечением. Социально значимых негативных последствий в виде риска преждевременной смерти или инвалидизации пациента не отмечено.

M.B. Shcherbinina, O.V. Zakrevska

The analysis of medical errors in outpatient diagnostics and treatment of chronic cholecystitis in young patients

The analysis has been held for 208 outpatients' case histories diagnosed with chronic cholecystitis in the group of medical check-up. It has been shown that 347 errors (198 diagnostic, 149 pharmacotherapy) were made by the doctors on the outpatient stage of diagnostic and treatment, and this account for 1.7 errors on each disease case. The negative effects of the medical error on the patients' state were marked in 22 (10.6 %) cases, which led to an increase in length of stay on sick leave. One third of the total number of patients was treated in the hospital one or two times, although according to the clinical protocols, treatment of this population should be conducted primarily in the outpatient setting. Every fourth hospitalization was held in connection with inadequately conducted outpatient treatment. There were no socially significant negative consequences in the form of the risk of premature death or disability.

Контактна інформація

Щербиніна Марина Борисівна, д. мед. н., проф., заст. директора з науково-організаційної та методичної роботи
E-mail: scherbinina@ua.fm

Стаття надійшла до редакції 6 квітня 2011 р.