

*На правах рукописи*

**РАДУЛ**

**Валентин Владимирович**

**ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ:  
МЕТОДОЛОГИЯ, УРОВНИ ОЦЕНОК,  
КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ**

14.00.05 - внутренние болезни  
14.00.15 - патологическая анатомия

**АВТОРЕФЕРАТ**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Омск-2004

Работа выполнена в Омской государственной медицинской академии

**Научные руководители:** доктор медицинских наук  
профессор НЕЧАЕВА Галина Ивановна  
доктор медицинских наук,  
профессор КОНЕВ Владимир Павлович

**Официальные оппоненты:** доктор медицинских наук, профессор  
Совалкин Валерий Иванович,  
доктор медицинских наук  
Ларионов Петр Михайлович

**Ведущая организация:**  
Научный центр клинической и экспериментальной медицины Сибирско-  
го отделения РАМН (Новосибирск)

Защита диссертации состоится « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2004 г. в  
часов на заседании Диссертационного совета Д 208.065.04 Омс-  
кой государственной медицинской академии по адресу: 644099, Омск,  
ул. Ленина, 12; тел. (3812)-23-13-30

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Омской государ-  
ственной медицинской академии.

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » - \_\_\_\_\_ 2004 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
доктор медицинских наук, доцент

И.Г. Ваганова

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность** проблемы. Одной из актуальных проблем современной системы здравоохранения является вопрос об объеме и качестве оказания медицинской помощи, а также ответственности медицинских работников при некачественном оказании медицинской помощи при благоприятных и неблагоприятных исходах лечения. В настоящий момент нет однозначного понимания качества медицинской помощи ни в России, ни за рубежом. Проблема возникновения осложнений вызванных медицинскими воздействиями, несмотря на актуальность, так же до настоящего времени остается недостаточно изученной (Пиголкин Ю.И., 2001, Томилин В.Н.).

Пациент в состоянии оценить часто лишь внешнюю сторону той или иной медицинской услуги, того или иного процесса лечения. Исходя из этого, пациенту часто остается на первом этапе лишь эмоциональная оценка лечения, на последующих этапах после лечения остается оценка последствий, которая часто носит чисто эмоциональный характер (Решетников А.В., 1998).

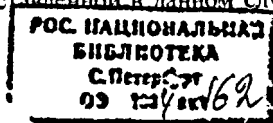
Экспертная оценка лечения в советском периоде развития здравоохранения носила ведомственный характер. Принципиальные подходы этой оценки либо носили глобальный характер (область регион), либо узкоспециализированный (первичная инвалидность при той или иной патологии). Систематичной оценки лечения каждого пациента независимым специалистом в том периоде просто не существовало.

Появление системы медицинского страхования поставило между врачом и пациентом посредника, который в состоянии провести экспертную оценку качества лечения и в какой -то мере внести предложения по коррекции качества, если не у конкретного пациента, то на данном этапе и в данном лечебном учреждении.

Экспертную оценку должен осуществить специалист той же специальности что и лечащий врач, только более опытный, признанный, знающий. В этой оценке возникает сразу вопрос о ее методологии: либо принцип «я делаю это иначе», либо соответствие или несоответствие нормативным документам, либо ориентация на течение болезни и ее исходы.

Если в хирургических специальностях многие из этих вопросов решаются проще, то в сфере внутренних болезней любые критерии, кроме формальных, являются весьма относительными. Принципиально экспертные оценки многие годы да и сейчас носят характер поиска врачебных ошибок или недоделок, хотя сама по себе экспертная деятельность в большей части должна носить характер поиска наиболее приемлемого для данного пациента метода лечения и возможно более дешевого исполнения этого метода, экономически наиболее эффективного как для пациента так и для лечебного учреждения или структуры, оказывающей медицинские услуги. Отсюда возникает крайне сложный подход дальнейшей оценки лечебно- диагностической деятельности, с одной стороны необходимо оценить соответствие диагностических и лечебных мероприятий собственно у больного, а с другой оценить их экономическую эффективность для пациента и лечебного учреждения.

Можно оценивать по документам клинику и параклинические методы, проверяя обоснованность выставленного клинического диагноза. Собственно это наиболее частый путь по которому идут эксперты и часто единственно возможный. Исходя из этого, применительно к ~~выставленной в данном случае~~



нозологической форме и органопатологии рассматривается МЭС, при совпадении набора параклинических исследований их результатов с принятыми в литературе оценивается правильность постановки диагноза, основные дифференциально - диагностические тесты и диагноз признается правильным. Отсюда оценивается правильность лечения в соответствии с тем же МЭС.

Такая постановка вопроса с нашей точки зрения вполне вероятна и даже целесообразна, но только как эмпирический путь формирования экспертного вывода.

Литературные данные об оценке качества медицинских услуг во вневедомственной экспертизе качества относительно малочисленны, что свидетельствует об отсутствии источников, где анализируется прежде всего Методология и технология экспертизы в тех или иных информационных массивах. Именно отсутствие подходов к методологии экспертных оценок, не позволяет повторить те или иные оценки в аналогичных ситуациях разными экспертами (Решетников А.В., 1998).

**Цель исследования:** Разработать методологию экспертных оценок качества медицинской помощи терапевтическим больным.

**Задачи:**

1. Проанализировать наиболее типичные ошибки оказания медицинской помощи терапевтическим больным при вневедомственной экспертизе качества медицинской помощи
2. Проанализировать клинико-анатомические параллели при оценке качества медицинской помощи умершим в терапевтическом стационаре
3. Разработать подходы к анализу качества медицинских услуг терапевтическим больным при различных нозологических формах заболеваний
4. Разработать подходы клинико-анатомического анализа качества медицинской помощи больным, умершим в терапевтическом стационаре
5. Разработать алгоритмы работы эксперта-терапевта при оценке качества медицинской помощи терапевтическим больным
6. Дать рекомендации по оценке качества медицинской помощи в случаях смерти терапевтических больных.

**Научная новизна.** В работе впервые проведена оценка работы эксперта, осуществляющего контроль качества оказанных медицинских услуг пациентам врача-терапевта. Показано, что для объективной оценки качества медицинских услуг необходимо соблюдение определённого алгоритма, включающего в себя рассмотрение вопросов диагностики у пациента с позиций исходов лечения.

Разработан алгоритм проведения экспертизы качества медицинской помощи у больных с различными исходами заболевания при различной внутренней патологии.

**Практическая значимость работы.** Результаты исследований позволяют анализировать качество медицинской помощи в соответствии с определённым алгоритмом. Наличие этого алгоритма позволяет проводить экспертизы стандартно, то есть с возможным повторением результатов у различных экспертов. Это позволит более объективно оценивать качество медицинской помощи терапевтическим больным.

Алгоритмический подход позволит экспертам-терапевтам осуществлять действующую-не-пропускаемую^определённых клинических тестов и клинических

результатов, по каждой группе заболеваний.

Предложенный алгоритм оценки качества лечения у погибших больных позволяет в случае проведения патологоанатомического вскрытия правильно и научно-обоснованно оценить качество диагностики и лечебных мероприятий на основании клинико-анатомических параллелей в случаях как совпадения так и расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов. Технологический подход оценки качества лечения в таких случаях осуществляется при совместной оценке случая экспертом-терапевтом и патологоанатомом. На основании данной работы возможна разработка регламентирующих документов по клинико-анатомической и экспертной оценке секционных наблюдений из терапевтических стационаров.

Положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Объективное научно обоснованное заключение эксперта качества медицинской помощи, может быть получено на основании нового алгоритма проведения экспертиз, включающего анализ основных клинических и пара-клинических данных, наиболее информативных для данной нозологической формы или органопатологической группы заболеваний, так как заключения экспертов, основанные только на данных сравнения медицинских документов и медико-экономических стандартов, могут иметь неточности в оценках, обусловленные отсутствием комплексного подхода.

2. Оценка качества диагностики и лечения больных, умерших в терапевтическом стационаре должна строиться исключительно на основании алгоритма, включающего в себя танатологический анализ пациента, полную конструкцию патологоанатомического диагноза с последующим сравнением этих данных с заключительным клиническим диагнозом, при этом, за основу дальнейшего анализа соответствия лечебных и диагностических мероприятий необходимо брать патологоанатомический диагноз, как в случаях совпадения, так и в случаях расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов.

Внедрение в практику. Алгоритм внедрен в Омском Территориальном фонде Обязательного медицинского страхования и основных страховых медицинских организациях на территории Омской области.

Алгоритм оценки качества медицинской помощи терапевтическим больным внедрен в учебный процесс при обучении экспертов в рамках последипломного образования на кафедре судебной медицины с курсом правоведения и кафедре внутренних болезней и семейной медицины Центра последипломного образования.

Апробация работы. Материалы диссертации доложены на юбилейной научно-практической конференции: "Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения в Омской области"- Омск-2000; юбилейной научно-практической конференции 24 июня 2003г. Омск; региональной научно-практической конференции «Повышение качества жизни - основа устойчивого развития региона» 5-6 марта 2003года, Омск, 2003; межрегиональной юбилейной научно-практической конференции «10 лет системе обязательного медицинского страхования», Волгоград, 2003.

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 12 статей, из них 1 в центральной печати.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 150 страницах

машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, главы о материале и методах исследования, 2 глав собственных исследований с изложением полученных результатов, заключения, выводов, практических рекомендаций. Библиографический указатель включает 150 источников на русском языке и 106 на иностранных. Работа иллюстрирована 9 таблицами, 32 рисунками, включая 2 диаграммы

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Материалы и методы исследования.** В соответствии с поставленными задачами мы проанализировали часть плановых экспертиз качества медицинской помощи в стационарах различного уровня за период с 2000 по 2002 год. Особое внимание мы обращали на случаи смерти больных в стационаре, при патологоанатомическом исследовании трупа. При изучении экспертиз мы руководствовались, как и эксперты страховых медицинских организаций принятой в Омской области и на всей территории Российской Федерации шкалой ошибок и дефектов, которая приведена в таблице 1

Ошибки и коды скомпонованы в шесть категорий-групп, отражающих весь комплекс действий по курации больных в стационаре. Сюда включаются ошибки госпитализации, диагностики, лечения, документации, организации лечебного процесса. Мы наибольшее внимание в соответствии с поставленными задачами работы обратили на категории ошибок, связанные с уровнем профессиональных знаний и профессиональной деятельности врача-специалиста в области внутренних болезней. Как мы уже указывали в обзоре литературы именно вопросы диагностики и применения методов лечения содержат максимальный субъективный компонент, зависящий от опыта, знаний и интуиции врача. Именно в этой сфере кроется неоднозначность применения тех или иных методов диагностики и их оценки

**Таблица 1 ДИНАМИКА ЧИСЛА ЭКСПЕРТИЗ И ЧИСЛА ОШИБОК, ДОПУЩЕННЫХ В ПЕРИОДЕ С 2000 ПО 2003 ГОД**

Годы наблюдения	Всего случаев экспертиз	Экспертиз по специальности внутренние болезни	Число ошибок по специальности внутренние болезни
2000	13623	2416	2891
2001	13963	2631	2438
2002	12833	2071	2749

В большей части наблюдения терапевтических стационаров касались центральных районных больниц- они были нами взяты в разработку как первичное звено здравоохранения, наиболее тесно связанное с пациентами, кроме того число пациентов проходящих через центральные районные больницы в Омской области является максимальным и оно мало соизмеримо с числом больных проходящих через терапевтические отделения специализированных областных лечебных учреждений. Помимо количественной стороны вопроса нас интересовал и источник ошибок и упущений возникающих на различных этапах оказания терапевтической помощи взрослому населению. Важной, с нашей точки зрения явилась, нозологическая характеристика исследуемого материала. Прежде всего мы стремились проанализировать все основные но-

зологические формы и классификационные группы, а с другой охватить основные органы и системы входящие в сферу курации врача-терапевта. Отбор случаев производился по принципу максимального числа ошибок, допущенных при курации отдельного случая. Нозологическая характеристика отобранного информационного массива приведена в таблице 2.

**Таблица 2. НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТОБРАННОГО ИНФОРМАЦИОННОГО МАССИВА**

№	Нозологические группы	Число экспертиз больных терапевтических стационаров	Число экспертиз умерших в терапевтических стационарах
1	Болезни органов дыхания	124	38
2	Болезни органов кровообращения	112	54
3	Болезни желудочно-кишечного тракта	154	21
4	Болезни опорно-двигательного аппарата	57	6
5	Эндокринные болезни	41	8
	<b>ИТОГО</b>	<b>488</b>	<b>127</b>

Для определения, изучения и объективной оценки диагностических и лечебных мероприятий в выбранном массиве экспертных случаев мы использовали с одной стороны действующие стандарты качества оказания медицинской помощи, а с другой наиболее четко установленные рекомендациями МЗ РФ и ВОЗ комплексы лечебных и диагностических методов. Все наблюдаемые нами случаи были просмотрены группой специалистов кафедры семейной медицины и внутренних болезней ПДО под руководством доктора медицинских наук, профессора Нечаевой Г.И., а случаи где имелись жалобы или исковые заявления в суд были просмотрены заведующим кафедрой судебной медицины с курсом правоведения проф. Коневым В.П.

На первом этапе работы мы провели клинико-статистическое исследование всего массива собранной информации. При этом было отобрано 488 наблюдений для последующей метаэкспертизы. При отборе наблюдений мы стремились получить случаи, где имелось значительное число ошибок в соответствии с принятой шкалой, имелись жалобы пациентов, финансовые претензии страховой медицинской организации, в отдельных случаях имелись исковые заявления.

Особый интерес представили наблюдения больных погибших в терапевтических стационарах и подвергнутых патологоанатомическому исследованию. В общей сложности число секционных наблюдений составило 127 случаев. Это позволило сопоставить диагностические и лечебные мероприятия с уточненной патологоанатомической диагностикой и решить вопрос о соответствии тех или иных действий в клинике реально существующему патологическому процессу.

#### Гистологические методы исследования

С целью дополнительного изучения секционного материала для подтверждения заключительного патологоанатомического диагноза и анализа клинических данных просматривался весь комплекс микроскопического материала секционных наблюдений. В отдельных случаях изготавливали дополнительные и серийные срезы. В каждом секционном наблюдении в сред-

нем оказалось 20-22 блока, из которых в процессе первичной диагностики было изготовлено не менее двух срезов.

Исследуемые кусочки были фиксированы в 10% растворе нейтрального формалина. Срезы окрашивались по общепринятой методике гематоксилином и эозином и пикрофуксинами по Ван-Гизону. При необходимости проводилась ШИК-реакция, окраска альциановым синим, Суданом III. Препараты просматривали на микроскопе МБИ-15, проводилось микрофотографирование.

#### Методы статистического анализа

Для статистического анализа формировали электронную базу данных, в которую заносили качественные и количественные признаки. Анализ проводили с помощью программы Microsoft Access 2000, Biostatistic 4.03 (Glantz S.A., McGraw Hill, 1998), а статистическую обработку полученных результатов по методике, описанной в руководстве по медико-биологической статистике (Гланц С, 1999). Методы вариационной статистики включали определение средней арифметической измерений, средней квадратичной отклонений, стандартной ошибки средней арифметической и достоверности различий между средними и относительными величинами с применением коэффициента Стьюдента. Достоверными считали различия, если вероятность безошибочного признака составляла более 95% (то есть при  $p < 0,05$ ) (Леонов В.П., Ижевский П.В., 1997).

Нормальность распределения определяли с помощью эксцесса и асимметрии. Для описания количественных данных с нормальным распределением использовали среднее и стандартное отклонение. В случаях, когда количественные признаки имели ненормальное распределение, сравнение в двух группах проводили по критерию Манна-Уитни. При количестве групп более двух анализ производился по критерию Крускала-Уоллиса с поправкой на множественность сравнений Данна. Сравнение долей осуществлялось с помощью критерия Z. Статистически значимыми считали различия при вероятности ошибочно отвергнуть нулевую гипотезу (ошибка первого рода, вероятность случайности различий) -  $p < 0,05$ .

Вычислялись диагностические коэффициенты, при сравнении групп использовалась информационная мера Кульбака.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Общая методология оценки качества лечения во многом преломляется в частных вопросах, связанных с диагностикой и лечением болезней различных органов и систем. С целью анализа клинических и экспертных подходов мы сочли целесообразным рассмотреть их по системам органов. Это во многом соответствует существующей методологии и лечению, а так же и структуре действующих медико-экономических стандартов.

### 1. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Болезни органов дыхания по числу больных и обращений в поликлинические и стационарные учреждения занимают одно из первых мест. Это связано с большим числом заболеваний, природными условиями в районах Сибири и Дальнего Востока. Нозологический профиль этой группы заболеваний приведен на слайде. Построение медико-экономического стандарта обусловлено как клиническими, так и параклиническими тестами, включающими в себя рентгенологические и некоторые другие сведения.



**Таблица 3. ИНФОРМАТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕСТОВ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

№	Диагностические тесты	J
1	Клинические данные	0,4
2	Объективные физикальные данные	0,08
3	Общий и биохимический анализы крови	0,05
4	Рентгенограмма легких	0,5
5	Бронхография	0,6
6	Фибробронхоскопия	0,7

Это прежде всего:

- Данные клиники: жалобы, анамнез, объективные данные, указывающие на связь перенесенной респираторной инфекцией, острым бронхитом, гриппом, пневмонией, обострением хронического бронхита или хронической пневмонии.
- Данные общего анализа крови и биохимического исследования
- Общий анализ мокроты.
- Рентгенограмма легких в 3 проекциях,
- По показаниям бронхография, томография,
- Фибробронхоскопия с исследованием содержимого бронхов: и некоторые другие функциональные тесты.

Исходя из этой группы тестов, мы провели информационный анализ по критерию Кульбака.

В разделе нозологической группы болезней органов дыхания, наиболее информативными и следовательно опорными для постановки клинического диагноза определились данные клиники и рентгенологические сведения. Сумма информативности этих данных во многом превышает суммы информативности некоторых других сведений. Исходя из этих данных, мы подошли к анализу экспертиз у лиц с болезнями органов дыхания. Наиболее частые ошибки, допускаемые врачами, курирующими больных, являются - невыполнение комплекса данных МЭС, недостаточное физикальное обследование больного.

При этом большинству больных диагноз установлен правильно лишь с некоторыми отклонениями от классификационной схемы.

Учитывая этот факт мы алгоритмизировали работу эксперта с медицинскими документами с позиций информационного анализа, учитывая что все пункты медико-экономического стандарта равны между собой и эксперт определяет их значение во многом чисто механически. В тоже время подход ход с позиций убывающей информативности позволит эксперту с одной стороны не упустить опорных звеньев диагноза, а с другой четко расположить по значимости пункты медико-экономического стандарта.

## 2. БОЛЕЗНИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Классификация болезней сердечно-сосудистой системы во многом является условной, хотя в своей основе носит клинико-анатомический характер. Именно это и ведет к тому, что в эту большую группу входят заболевания с различной этиологией и патогенезом и во много мало сравнимыми клинико-анатомическими проявлениями. Основным функциональным проявлением болезней сердечно сосудистой системы является тот или иной уровень сердечно-сосудистой или легочно-сердечной недостаточности, имеющей соответствующие клинические проявления - одышка и т.д.

**Таблица 4. ИНФОРМАТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕСТОВ ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

№	Диагностические тесты	J
1	Клинические данные	0,15
2	ЭКГ симптомы и синдромы	0,51
3	ЭХО-кардиография сердца и крупных сосудов	0,72
4	Коронарография	0,77
5	Суточное мониторирование	0,4

Наличие такой группы клинических симптомов позволяет нам выделить их в отдельную структурную единицу и определить их информативность во всем массиве клинических проявлений. Другой важной в информационном плане группой является ЭКГ- симптомы и синдромы, связанные с размерностью и объемом камер сердца, величиной сердечного выброса, признаки обусловленные ритмом сердца и его формой, а также большое количество признаков, связанных с анатомической характеристикой камер сердца и крупных сосудов. Безусловно число признаков патологии сердца значительно превышает число таковых при болезнях органов дыхания и информативность по Кульбаку каждого из них оказывается значительно меньшей. Именно это и требует алгоритмичного применения этих признаков при экспертной диагностике и экспертной оценке диагностики у больного

Первая группа признаков - это признаки свидетельствующие о том, что у больного имеется патология сердца - достаточно высокая информативность, вторая группа признаков- характеризующие электрическую активность сердца, группа признаков, характеризующих сердце как насос, и признаки отражающие анатомическую характеристику сердца и крупных сосудов.

Безусловно экспертная оценка должна здесь идти, руководствуясь логикой от общего к частному. Важно подчеркнуть, что МЭСы содержат здесь относительно мало диагностических тестов, что значительно повышает их относительное значение. Здесь помимо уже названных тестов- ошибок из стандартной шкалы несколько чаще встречается ошибка недостаточное динамическое наблюдение. Это вполне объяснимо т.к. любой из вышеназванных признаков патологии сердца может подвергнуться изменению в очень короткий срок, что полностью может изменить даже нозологическую принадлежность случая.

### **3. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Болезни органов пищеварения представляют собой сложную классификацию патологии собственно органов, составляющих пищеварительную трубку, так и главных желез пищеварения. Общая классификация патологии органов пищеварения сложна и носит в отдельных случаях этиологический, в других патогенетический, а при части заболеваний формально-морфологический характер.

**Таблица 5. ИНФОРМАТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕСТОВ ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

№	Диагностические тесты	J
1	Клинические данные	0,3
2	Общие анализы крови и мочи	0,1
3	Маркеры гепатитов	0,4
4	Биохимическое исследование крови	0,4
5	Фиброгастроскопия	0,6
6	Фиброколоноскопия	0,5
7	Биопсия печени	0,6
8	Биопсия слизистых	0,7
9	Ирригоскопия	0,3
10	Холецистография	0,3
11	УЗИ органов брюшной полости	0,6

В этой связи медико-экономические стандарты болезней органов пищеварения весьма и весьма разнообразны. Точно также разнообразны и ошибки, допущенные при курации больных. Сложность самой диагностики и сложность классификационной схемы составляют причину этого безусловно.

При заболеваниях имеющих четко очерченную этиологическую характеристику, которая может быть установлена при обследовании, эти признаки четко доминируют. В других случаях доминируют признаки, устанавливаемые при фиброгастроскопии и гистологическом исследовании материала. При болезнях главных пищеварительных желез важную диагностическую роль играют биохимические исследования ферментов и некоторых субстратов.

Именно классификационная сложность и ведет к большому разнообразию диагностических ошибок. Для каждой группы заболеваний в разделе болезней желудочно-кишечного тракта и существует отдельный алгоритм контроля, связанный с тем или иным типом классификации.

#### **4. БОЛЕЗНИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.**

Ревматоидный полиартрит является одной из основных форм коллагенозов в клинике внутренних болезней. Эта форма полиартрита составляет до 40% общего числа заболеваний суставов. Болеют преимущественно лица молодого и среднего возраста (от 20 до 50 лет), причем женщины примерно в 3 раза чаще мужчин.

Поражение суставов при ревматоидном полиартрите является ведущим симптомом. Но наравне с чисто суставными формами известны и так называемые суставно-висцеральные (до 13%): суставно-сердечная, суставно-почечная, суставно-легочная и суставно-нервная формы. Начало заболевания может быть острым, подострым и очень незаметным, первично хроническим. Характерно симметричное и множественное поражение преимущественно мелких суставов конечностей, хотя имеется много отклонений от этого правила.

Рентгенологически при этом находят расширение межсуставной щели, смазанность очертаний суставных поверхностей. В более поздних стадиях, когда начинают преобладать пролиферативные изменения, соответствующие развитию грануляционной ткани внутри суставной полости, отмечаются явления деформации сустава со стойким нарушением функции при относительном стихании экссудативных явлений.

На рентгенограмме при этом имеются характерный остеопороз, сужение межсуставной щели, узурация хряща и костных суставных поверхностей. На еще более поздних этапах заболевания преобладают склеротические изменения с развитием вывихов и подвывихов и с образованием костных анкилозов в пораженных суставах. Рентгенологические изменения со стороны суставов иногда лучше выявляются с помощью их томографии. Именно в этой склеротической стадии встречается характерная для ревматоидного полиартрита стойкая ульнарная девиация кистей (отклонение кисти кнутри), придающая им ластообразный вид. Характерной особенностью ревматоидного полиартрита является волнообразное, часто рецидивирующее течение с вовлечением в патологический процесс все новых и новых суставов. Тугоподвижность и скованность в пораженных суставах по утрам является характерным признаком ревматоидного полиартрита.

Рентгенологически находят анкилозирование межпозвоночных суставов и окостенение связок позвоночника — развивается картина «бамбуковой палки». При болезни Бехтерева наряду с позвоночником могут поражаться и суставы конечностей.

**Таблица 6. НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ И ВОЗРАСТНО-ПОЛОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ОТОБРАННЫХ ДЛЯ МЕТАЭКСПЕРТИЗЫ**

Группа	Всего в группе	пол		Возраст						
		М	ж	До 14	14-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70 и >
Неспецифический полиартрит	57	8	49				10	6	21	20
Всего	57									

**Таблица 7 ОШИБКИ, ДОПУЩЕННЫЕ ПРИ КУРАЦИИ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

Номер ошибки	Наименование ошибки	Число ошибок
5	Дефекты диагностики: невыполнение мероприятий, требуемых МЭС ЛПУ	86
6	Дефекты диагностики: низкий уровень динамического обследования больных	34
9	Дефекты диагностики: проведение излишних лабораторных и инструментальных исследований	20
16	Дефекты организации лечебного процесса: нарушение требований к ведению документации	31
26	ИТОГО	171

Число ошибок и их направленность в данной нозологической группе не требуют даже изображения порядка действий эксперта в виде схемы так как главным и основным здесь является рентгенологический метод со всеми его модификациями. Именно наличие или отсутствие рентгеновского обследования и определяет качество ведения этой категории больных.

## **5. БОЛЕЗНИ ЖЕЛЕЗ ВНУТРЕННЕЙ СЕКРЕЦИИ**

В силу особенностей классификационных схем ошибочная диагностика в этих группах нам не встретилась. В тоже время информационный анализ проявлений этих заболеваний данный в МЭСах позволяет четко выделить основные опорные диагностические логические структуры, которыми и должен руководствоваться эксперт. В этой группе заболеваний где диагностика носит в большей степени технологический характер ошибки врача клинициста чаще носят характер дефектов организации лечебного процесса, что и обозначено на рис.

### **ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ У БОЛЬНЫХ ПОГИБШИХ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

Широко известно, что единственным методом окончательной оценки правильности диагностики, и лечения больных является вскрытие в случаях летального исхода заболевания. Указанный метод относится к системе ведомственного контроля качества диагностики лечения и документации. Документы МЗ РФ на сегодняшний день рассматривают аутопсию в большей части как метод установления окончательного диагноза и контроля качества клинической диагностики. Учитывая тот факт, что в распоряжении патологоанатома появляются практически все медицинские документы, имеющиеся к моменту вскрытия и тот факт, что исходя из этого в ходе исследования возможно контролировать все диагностические гипотезы и эффективность тех или иных видов лечения мы сочли возможным рассмотреть патологоанатомическое исследование как полноценную экспертизу качества медицинской помощи. Однако отсутствие специальных нормативных документов на этот счет потребовало решения двух проблем: вопроса кадрового обеспечения подобной экспертизы и методологического обеспечения. По существующим в системе ОМС документам экспертизу качества осуществляет врач той же специальности, что и оказывавший медицинские услуги, однако препятствий для создания первичной экспертной комиссии по качеству медицинской помощи у погибших больных нет. Именно это и позволило нам создавать такие комиссии в составе патологоанатома и эксперта системы ОМС. Другим важным элементом явилась методология работы такой комиссии и ее оценок. Попытки врача терапевта оценивать качество медицинской помощи вне результатов вскрытия, на основании только клинических и параклинических данных реального успеха не дали. Виделась фрагментарность, попытки различных взглядов на один и тот же случай. Особенно ярко это проявлялось в случаях расхождения диагнозов по основному заболеванию. Это потребовало от нас предложить алгоритм и порядок работы такой экспертной группы.

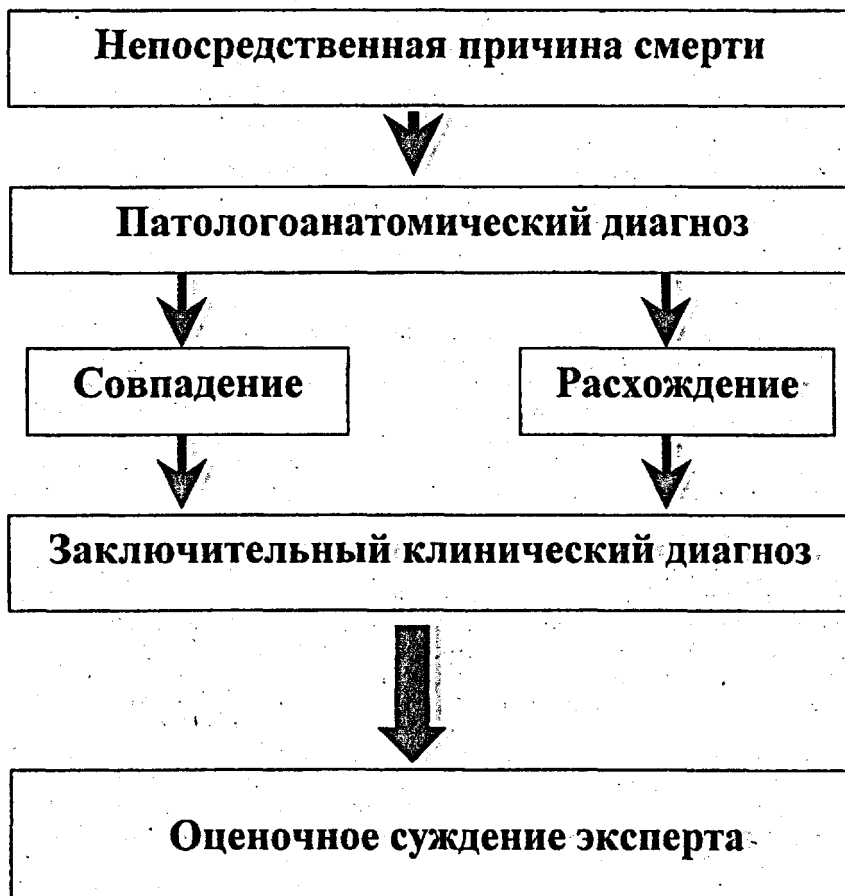
С нашей точки зрения для экспертной оценки лечения и диагностики в период при жизни больного следует за основу процесса экспертной оценки взять непосредственную причину смерти, которая должна находиться в определенном соотношении с основным заболеванием. После этого происходит оценка диагностических и лечебных действий врача клинициста, исходя уже из полностью установленной позиции. Такие логические структуры представлены на рисунке 2. Такая экспертная оценка позволит уточнить как функциональные так и морфологические критерии как собственно основного заболевания так и его осложнений и их важность по отноше-

нию к причине смерти. Именно этот алгоритм оценки секционных наблюдений и оценка с этих позиций достаточности терапии позволяет во многом объективнее подойти к оценке курации больного при жизни.

Исходя из этого положения, мы сочли возможным проанализировать результаты ведомственной и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи, используя алгоритм, применяемый в работе. Для этой цели из всего информационного массива было отобрано 127 случаев, где после смерти больных были проведены патологоанатомические вскрытия с последующим патогистологическим исследованием материала. Во всех случаях в клиническом периоде экспертами были сделаны определенные замечания и установлены ошибки клиники и течения болезни. Нозологическая характеристика этих случаев приведена в таблице

**Таблица 8 НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕКЦИОННЫХ**

<b>Нозологические формы</b>	<b>Всего в группе</b>	<b>Число совпадающих диагнозов по основному заболеванию</b>	<b>Число расхождений диагнозов по основному заболеванию</b>
<b>1.Болезни органов дыхания</b>	<b>38</b>	<b>27</b>	<b>11</b>
Хронический бронхит	11	10	1
Гнойная пневмония с абсцедированием	7	5	2
Рак легкого	9	5	4
Туберкулез	5	1	4
Острая пневмония	3	3	0
Бронхиальная астма	3	3	0
<b>2.Болезни органов кровообращения</b>	<b>54</b>	<b>47</b>	<b>7</b>
Гипертоническая болезнь	13	13	
Ишемическая болезнь сердца	16	14	2
Острый инфаркт миокарда	15	12	3
Бактериальный эндокардит	1	1	0
Пороки сердца	6	5	1
Аневризмы сердца и аорты	3	2	1
<b>3.Болезни желудочно-кишечного тракта</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>1</b>
Хронический гепатит	7	7	0
Цирроз печени	5	4	1
Острый панкреатит	3	3	0
Желчно-каменная болезнь	6	6	0
<b>4.Болезни опорно-двигательного аппарата</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>0</b>
Инфекционный неспецифический полиартрит	4	4	0
Хронический остеомиелит	2	2	0
<b>5.Эндокринные заболевания</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>1</b>
Синдром Пиквика	3	3	0
Сахарный диабет	5	4	1
<b>Всего</b>	<b>127</b>	<b>107</b>	<b>20</b>



#### **АЛГОРИТМ РАБОТЫ ЭКСПЕРТА ПРИ ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УМЕРШИМ БОЛЬНЫМ**

Нозологический профиль секционных наблюдений несколько отличается от наблюдений больных, приведенных в клинической части работы, что связано с тем, что в этой части приводятся те или иные исходы патологии проанализированной нами, также оказывается несколько смещенной и возрастной характеристика наблюдений. По отдельным нозологическим формам наблюдается явное повышение возраста. Это следует связать с длительностью течения заболевания.

Основной характеристикой этих наблюдений является своевременность распознавания основного заболевания наличие расхождения или совпадения диагноза по основному заболеванию.

## ВЫВОДЫ

1. К числу наиболее типичных ошибок оказания медицинских услуг в терапевтических стационарах относятся дефекты диагностического процесса, включающие в себя отсутствие применения необходимых для диагностики методов обследования больных, дефекты физикального исследования больных. Остальные категории дефектов по общей сумме ошибок, допущенных в течение трех лет соизмеримы с этой категорией дефектов диагностики

2. При анализе секционных наблюдений лиц, лечившихся в терапевтических стационарах следует констатировать относительно низкий процент расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов по основному заболеванию. В тоже время следует подчеркнуть недостаточную клиническую диагностику ведущего танатологического синдрома в клинике и отсутствие наиболее полной и точной расшифровки танатогенеза у терапевтических больных. Особенно это касается патологии органов кровообращения и органов дыхания. Алгоритмический анализ клинико-анатомических наблюдений проводимый с учетом уточненной непосредственной причины смерти и основного заболевания при сравнении с заключительным клиническим диагнозом позволяет выявить дефекты диагностики как в терминальном периоде курации больного так и на более ранних этапах.

3. Анализ оценки качества оказания помощи терапевтическим больным в терапевтических стационарах алгоритмичного подхода связанного как с органопатологической группой так и с классификационной схемой соответствующей категории заболеваний. В случаях этиологической классификации заболеваний следует строить экспертную оценку с выяснения полноты и точности параклинических методов диагностики больных и соответствие их данным анамнеза, клинической динамики заболевания. В случаях патогенетической классификации группы заболеваний следует за основу экспертной оценки диагностики брать основные параклинические параметры положенные в основу классификационного выделения нозологических форм с последующим их сравнением с анамнезом и клинической динамикой заболевания. В случаях клинико-анатомического типа классификации группы заболеваний следует для оценки использовать параклинические методы, доказывающие наличие тех или иных клинико-анатомических синдромов с последующим их соотносением с данными анамнеза и клинического наблюдения за больным.

4. Анализ качества ведения умерших больных следует строить с выяснения танатогенеза с последующим уточнением основного заболевания и сравнением с заключительным клиническим диагнозом. В случаях расхождений диагностики основных танатологических синдромов, определенных на вскрытии и показанных клинически в основу экспертной оценки следует ставить клинико-анатомические данные патологоанатомического диагноза. Исходя из этой же методологии следует и оценивать лечебные мероприятия у больного, особенно в терминальном периоде.

5. Единообразие экспертных оценок различных экспертов при ведомственной или вневедомственной экспертизе возможно лишь при применении как единой шкалы дефектов и ошибок диагностики лечения и ведения больных так и единой алгоритмической системы порядка работы эксперта с клиническим



или клинико-анатомическим случаем в соответствии с органопатологией заболевания типом его классификации и опорными методами диагностики.

6. При оценке качества медицинской помощи больным с летальным исходом заболевания анализ диагностики и лечения следует строить от непосредственной причины смерти и основного заболевания, установленных в патологоанатомическом диагнозе. Дать рекомендации по оценке качества медицинской помощи в случаях смерти терапевтических больных.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Экспертная оценка качества медицинской помощи должна осуществляться исключительно алгоритмически с учетом структуры классификационной схемы данной патологии.

2. Прежде всего должны оцениваться диагностические методы и их результаты образующие классификацию.

3. Только на основе опорных данных возможна оценка лечебных мероприятий.

4. Оценка качества медицинской помощи умершим больным должна производиться исключительно на основании данных вскрытия с участием терапевта и патологоанатома. Прежде всего должна быть выявлена непосредственная причина смерти и сопоставлена с клиническим диагнозом, только на этой основе возможно оценивать качество медицинских услуг.

## СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Конев В.П., Радул В.В., Черепанов Е.Н. Медико-экономическая экспертиза качества медицинской помощи и судебная защита прав пациента. Материалы юбилейной научно-практической конференции "Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения в Омской области". Сб.научных трудов.- Омск-2000.-С. 161-162.
2. Конев В.П., Радул В.В. Защита прав пациента в системе обязательного медицинского страхования Там же Стр. 162-164
3. Радул В.В. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Омской области: становление, развитие, задачи В кн.: «Система обязательного медицинского страхования населения Омской области» на рубеже третьего тысячелетия», Матер. юбилейной научно-практ. конф. 24 июня 2003г. сб. науч. трудов. Омск, 2003, с 3-11.
4. Радул В.В. Обязательное медицинское страхование - социальная защита интересов населения в охране здоровья В кн.: «Система обязательного медицинского страхования населения Омской области» на рубеже третьего тысячелетия», Матер, юбилейной научно-практ. конф. 24 июня 2003г. сб. науч. трудов. Омск, 2003, с 11-14.
5. Конев В.П., Радул В.В. Защита прав пациента в системе обязательного медицинского страхования В кн.: «Система обязательного медицинского страхования населения Омской области» на рубеже третьего тысячелетия», Матер, юбилейной научно-практ. конф. 24 июня 2003г. сб. науч. трудов. Омск, 2003, с 43-44.

6. Конев В.П., Радул В.В., Черепанов Е.Н. Медико-экономическая экспертиза качества медицинской помощи и судебная защита прав пациента Там же. С.45-46
7. Конев В.П., Радул В.В. Оценка вреда здоровью причиненного в ходе лечения Там же. С.46-49
8. Равдугина Т.Г., Радул В.В. Методологические вопросы развития информационно-аналитического процесса в системе медицинского обеспечения населения в современных условиях Там же. С.54-58.
9. Радул В.В. Выгоднее досудебное урегулирование Там же. С.46-49
10. Радул В.В. Взаимоотношения внесудебных и судебно-медицинской экспертиз при оценке качества медицинской помощи. Там же. С.72-74.
11. Радул В.В., Равдугина Т.Г., Соколова О.В., Баканова Е.В. О защите прав пациента в условиях обязательного медицинского страхования Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, № 2, 2003, с. 42-45
12. Радул В.В. Обязательное медицинское страхование - социальная защита интересов населения в охране здоровья В кн.: Материалы региональной научно-практической конференции «Повышение качества жизни - основа устойчивого развития региона» 5-6 марта 2003года, Омск,2003,с.208-210
13. Радул В.В., Черепанов Е.Н., Соколова О.В., Булчевская О.Р., Ряполова Е.А. Вопросы экспертизы качества медицинской помощи и защиты прав застрахованных в системе ОМС Омской области В кн.: «10 лет системе обязательного медицинского страхования», сборник научно-практ. работ, Волгоград,2003,с. 165-169

**РАДУЛ**

**Валентин Владимирович**

**ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ:  
МЕТОДОЛОГИЯ, УРОВНИ ОЦЕНОК,  
КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ**

14.00.05 - внутренние болезни  
14.00.15 - патологическая анатомия

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Омск - 2004

Лицензия ЛР №020845

Подписано в печать 12.01.04

Формат 60x84/16

Бумага офсетная "

Пл.-1,0

Способ печати - оперативный

Тираж 100

Издательско-полиграфический центр ОмГМА  
644099, г. Омск, ул. Ленина, 12, тел: 23-05-98

W-4028