

В.Н.Макарова¹, В.И.Акопов², В.Т.Чубарян¹, Д.А.Дейнеко²

Характеристика и недостатки клинической и судебно-медицинской диагностики туберкулеза легких по данным Бюро судебно-медицинской экспертизы Ростовской области

1 – ГОУ ВПО "Ростовский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию Российской Федерации": 344022, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29;

2 – ГОУЗ "Бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения и социального развития Ростовской области": 344068, Ростов-на-Дону, ул. Евдокимова, 35

V.N.Makarova, V.I.Akopov, V.T.Chubaryan, D.A.Deineko

Characterisation and limitations of clinical and forensic detection of pulmonary tuberculosis

Summary

Considering analysis of medical histories of 120 patients with pulmonary tuberculosis carried out according to the federal standards, the authors found that most of 36 diagnostic criteria were used very rarely or not used at all. Some criteria are of general character and therefore are not always of diagnostic value. Thus, we have proposed minimal number of criteria to be sufficient. But in making a proper medico-legal expertise an inquiry should be sent via an examining magistrate to the doctor responsible for the diagnosis made.

Key words: pulmonary tuberculosis, standard, diagnosis, quality of medical aid.

Резюме

На материале анализа 120 медицинских карт больных туберкулезом легких, выполненного в соответствии с федеральными стандартами, установлено, что из 36 диагностических критериев большинство либо используются редко, либо не используются совсем. Наряду с этим следует учесть, что некоторые из них имеют общий характер и не всегда влияют на качество диагностики. Было принято решение считать достаточным минимальный набор диагностических критериев, однако при проведении соответствующей судебно-медицинской экспертизы необходимо запрашивать через следователя объяснение лечащего врача, ответственного за установление диагноза туберкулез легких.

Ключевые слова: туберкулез легких, стандарт, диагностика, качество оказания медпомощи.

Одной из основных задач службы судебно-медицинской экспертизы (СМЭ) является выявление недостатков медицинской помощи и определение их причин с целью повышения эффективности лечебно-диагностической работы [1, 2]. Это положение подробно разъясняется в информационном письме РЦСМЭ Росздрава № 25/01 от 14.01.97. Надо признать, что масштабы выполнения этой задачи пока не способны удовлетворить потребности органов здравоохранения [3, 4].

Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития разработана концепция оценки качества, которая заключается в использовании индикаторов качества (ИК) медицинской помощи [5]. Если учесть, что основные составляющие ИК отражают безопасность, своевременность, адекватность, непрерывность, эффективность медицинской помощи, то становится ясна роль судебно-медицинской экспертизы в контроле качества медицинских услуг. Проводя экспертизу, независимо от объекта исследования и конкретной задачи, приходится изучать медицинскую документацию, задействовать лабораторные методы и прибегать к консультациям высококвалифицированных специалистов. Очевидно, что исследование качества меди-

цинской помощи должно быть всесторонним [6–8]. Известно, что в крупных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) контроль над качеством диагностики надежно, как считают органы управления здравоохранением, ведется с помощью патологоанатомической службы [9]. Однако, обеспечивая выявление дефектов диагностики и развитие медицинских знаний, в силу своих задач и возможностей она не способна в полной мере охватить всю структуру лечебного процесса. Между тем в ходе реформы здравоохранения службе СМЭ не уделялось должного внимания при реализации национальных медицинских программ. Тем не менее СМЭ играет активную роль не только в выявлении туберкулеза легких, но в повышении качества лечебной помощи таким больным.

Проследим это на примере контроля качества диагностики такого исключительно социально значимого заболевания, как туберкулез легких [10]. В России заболеваемость туберкулезом остается на высоком уровне (83 на 100 000 населения, смертность – 21,3–21,8 на 100 000 населения). Эти данные разнятся по федеральным округам (ФО). Высокие показатели – в Северо-Западном и Уральском ФО. Уровень заболеваемости туберкулезом в Южном ФО в среднем составляет 90,25 на 100 000 населения,

Таблица
Показатели летальности вследствие туберкулеза легких и заболеваний органов дыхания в общей структуре ненасильственных смертей, по данным отделений СМЭ Ростовской обл. в 2005–2007 гг. (на 100 000 населения)

Отделения СМЭ Ростовской обл.	Уровень ненасильственных смертей			Уровень смертности от туберкулеза легких			Уровень смертности от болезней органов дыхания		
	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Ростовское	242,9	257,7	240,9	17,7	18,6	15,5	20,5	14,9	13,5
Азовское	492,7	73,4	455,2	48,4	75,1	50,8	71,4	42,4	46,0
Аксайское	192,6	191,2	140,5	17,2	18,4	9,2	17,2	12,6	16,1
Батайское	175,9	194,6	201,9	18,2	21,9	19,2	19,2	16,2	11,5
Вешенское	409,5	43,5	315,1	0	17,1	13,7	13,7	44,3	23,9
Дубовское	474,3	354,9	523,8	34,2	14,1	30,3	51,3	39,3	34,6
Зерноградское	316,4	367,9	385,2	17,1	14,1	18,8	40,3	39,3	39,3
Каменское	233,0	242,2	214,2	6,2	8,3	2,1	30,0	32,4	19,8
Малокурганское	159,9	150,6	114,2	13,5	13,7	22,8	4,5	2,3	4,6
Ношахтинское	267,6	269,7	322,6	13,7	15,6	26,0	25,8	40,7	44,2
Семикаракорское	416,9	370,9	389,7	22,6	39,9	24,7	43,4	22,8	24,7
Таганрогское	365,9	319,8	328,7	12,8	11,5	13,4	55,3	56,2	48,4
Чертковское	200,0	194,3	212,4	7,7	12,9	15,5	17,9	2,6	18,1
Шахтинское	227,2	209,5	222,0	0,4	3,6	0,8	14,8	19,3	26,2

причем самые высокие показатели — в Кабардино-Балкарии (178) и Адыгее (173), а самые низкие — в Ингушетии (44,1) и Карачаево-Черкесии (44,4). В Ростовской обл. уровень заболеваемости туберкулезом составляет 80,7. По данным Бюро СМЭ Ростовской обл., за 5 лет (2003–2007 гг.) при обследовании умерших туберкулез легких, в т. ч. выявленный впервые, был диагностирован в среднем в 2 495 случаях (3,37 % ненасильственных смертей). Подробные данные по структуре ненасильственной смертности представлены в таблице.

Целью настоящего исследования стало определение соответствия клинко-диагностической помощи в Ростовской обл. стандартам контроля качества. Был проведен ретроспективный анализ годовых отчетов за 2003–2007 гг., изучалась медицинская документация на стационарном этапе.

Материалы и методы

Основу стандарта качества медицинской помощи составляют объем обследования и лечебно-реабилитационных мер, обязательный для гарантированной обоснованной постановки диагноза и обеспечения лечения. Известно, что такие стандарты используются для контроля качества медицинской помощи пациентам с определенными заболеваниями и их формами [11, 12]. На конференции "Управление качеством в здравоохранении: стандартизация, клинко-анатомический анализ" (2007) отмечалось, что утверждено уже > 500 стандартов [13, 14], которые характеризуются единой технологией использования. В утвержденных приказами Минздравсоцразвития РФ от 11.08.05 стандартах оказания медицинской помощи больным разными нозологическими формами туберкулеза легких в любой стадии в фазе

стабилизации и при отсутствии осложнений (код по Международной классификации болезней — 10 A15.0) рекомендованы одинаковые критерии диагностики. Всего насчитывается 36 таких критериев. В перечень стандартов входят:

- Стандарт медицинской помощи больным фиброзно-кавернозным туберкулезом легких № 509;
- Стандарт медицинской помощи больным цирротическим туберкулезом легких № 511;
- Стандарт медицинской помощи больным туберкулезом легких № 512;
- Стандарт медицинской помощи больным эмпиемой плевры № 513;
- Стандарт медицинской помощи больным казеозной пневмонией № 514;
- Стандарт медицинской помощи больным кавернозным туберкулезом легких № 515.

В ходе анализа качества обследования пациентов в 2005 и 2007 гг. по материалам 120 медицинских карт больных, которые лечились в специализированном туберкулезном диспансере Ростова-на-Дону, было обнаружено несколько значительных медицинских и правовых недостатков [11].

Результаты и обсуждение

В анализируемых медицинских картах были зарегистрированы различные формы туберкулеза легких, однако чаще всего встречался фиброзно-кавернозный туберкулез (у 40 и 28 больных с инфильтративным и диссеминированным туберкулезом легких соответственно). Сбор анамнеза и жалоб и визуальное исследование применялись в 40 случаях, пальпация — в 29, перкуссия — в 18, аускультация — в 38 случаях. Пульс и артериальное давление измерены соответственно 36 и 35 пациентам; рентгеновское исследование

проводилось лишь 10 больным; частота сердечных сокращений подсчитана у 5, а частота дыхания — только у 3 человек. Общий анализ крови выполнялся лишь в 6, общий анализ мочи — в 4 случаях; бактериологическое исследование мокроты выполнено у 3 больных. Компьютерная томография (КТ) легких, контрольная КТ органов грудной клетки, исследование на билирубин, регистрация и расшифровка ЭКГ, исследование кислорода были проведены только у 1 больного. Судя по записям в медицинских картах, 12 критериев, приведенных в федеральных стандартах диагностики, не применялись вообще. К ним относятся: забор крови из вены для исследования уровня креатинина, С-реактивного белка, свободного и связанного билирубина, глюкозы крови; анализ мокроты методом полимеразной цепной реакции (ПЦР); бронхоскопия; бронхоскопический лаваж; бактериологическое исследование жидкости бронхоальвеолярного лаважа (ЖБАЛ) и др. Между тем все эти методики обязательно следовало использовать, в некоторых случаях без них просто не мог быть установлен верный клинический диагноз. Кроме того, в 28 медицинских картах за 2005 г. клинический диагноз был установлен на основании критериев лишь общего характера, которые используются при обследовании пациентов с различными заболеваниями. Трудно себе представить, что вошедшие в стандарт критерии излишни для диагностики, как и то, что в историях болезни фтизиатрического стационара упоминались такие технологии, которые не было возможности применить.

Были проанализированы 52 медицинские карты больных городского диспансера, лечение которых осуществлялось в 2007 г., когда стандарты уже вошли в повседневную практику врача-фтизиатра. Действительно, несмотря на имеющиеся недостатки в применении ряда критериев, общее положение улучшилось. Тем не менее исследование креатинина, уровня щелочной фосфатазы не применялось ни разу; уровень кислорода и γ -глутаминтрансферазы определяли у 2 больных; КТ органов грудной клетки проводили 3 пациентам; уровень С-реактивного белка выявляли у 5 человек; ПЦР и бактериологическое исследование мокроты, бронхоскопия, бронхоскопический лаваж, бактериологическое исследование альвеолярной жидкости были выполнены у 7 пациентов. Рентгеновская томография органов грудной клетки применялась при исследовании 20 больных, уровень билирубина выявляли у 17, аспартаттрансаминазы — у 30 пациентов. Остальные рекомендованные критерии не использовались лишь в 2–9 случаях. Что касается сбора анамнеза и жалоб, физикальных методов исследования, то они применялись почти в 100 % случаев.

Стандарты медицинской помощи имеют и юридическое значение, что особенно важно при проведении контроля качества [10]. Особенно важно, чтобы их использование было отражено в медицинской карте: в ходе СМЭ это послужит доказательством выполнения важных диагностических мероприятий. На основании проведенного анализа следования

стандартам можно считать, что лечащие врачи в 70 % случаев обходились без рентгенографии и практически совсем без КТ, в 84 % — без какого-либо исследования мокроты (микроскопического, бактериологического, ПЦР). Таким образом, биохимические и другие лабораторные исследования игнорируются почти полностью; специалисты ограничиваются сбором анамнеза, осмотром и старыми физикальными методами, что не гарантирует постановку корректного и полного диагноза.

Также были проанализированы 76 случаев, когда труп был направлен на СМЭ из противотуберкулезного диспансера, и 20 — из многопрофильной больницы с предоставлением истории болезни. Кроме того, в 14 случаях бригада скорой помощи, направляя труп из дома умершего, предоставляла медицинскую карту. Таким образом, в 110 случаях (91,6 %) к началу вскрытия эксперт располагал историей болезни с диагнозом туберкулез легких, причем в 63,3 % — из специализированного туберкулезного стационара, что, с одной стороны, облегчало постановку диагноза, с другой — повышало вероятность гипердиагностики.

Бактериологическое исследование, предусмотренное стандартом Бюро СМЭ Ростовской обл., как правило, не проводилось. Таким образом, в остальных случаях судебно-медицинский диагноз туберкулеза основывался на макроскопическом и гистологическом исследовании. Не удивительно, что расхождение клинко-анатомического диагноза отмечалось только в 7 случаях (6,36 % умерших, доставленных с медицинскими картами). Причем в 6 случаях клинический диагноз диссеминированного туберкулеза легких в фазе инфильтрации и распада не подтверждался при вскрытии и гистологическом исследовании, и была установлена другая форма — хронический фиброзно-кавернозный туберкулез легких с выраженным пневмосклерозом и пневмокониозом. В 1 случае клинически установленный диагноз инфильтративного туберкулеза верхней доли правого легкого в фазе распада после СМЭ был исправлен на генерализованный гематогенный туберкулез с поражением легких и печени и казеозную пневмонию.

При ведении пациентов с туберкулезом легких даже в специализированном стационаре (63,3 %) выявлены многочисленные недостатки заполнения истории болезни, имеющие не только медицинское, но и правовое значение. Они встречались в более чем 90 % случаев и могли свидетельствовать о нарушении лечебного процесса, приводящих к неблагоприятному исходу. В большинстве случаев эти недостатки существенно не влияли на неблагоприятный исход, но являлись поводом для расследования и при обнаружении основания могли привести к возбуждению уголовного или гражданского дела.

Таким образом, анализ историй болезни, направляемых на СМЭ, показал ненадлежащее ведение больных и заполнение истории болезни. В 100 % случаев в истории болезни не были отражены:

- первичный источник инфицирования больного туберкулезом легких;

- информированное согласие больного на медицинское вмешательство или отказ от него;
- информация о стрессовых ситуациях и условиях питания (дома, на работе).

Сведения о заболевании и его начале (со дня обращения к врачу либо с момента поступления в стационар) отсутствовали в 58,3 % случаев, данные об условиях работы больного — в 41,7 %. Более чем в 20 % случаев не было сведений о дате установления диагноза и обнаружения *Mycobacterium tuberculosis*, либо в карте вообще не было отметки о туберкулезной инфекции; не указывалась локализация процесса (правое или левое легкое); не отмечены гинекологический анамнез, сведения о заболеваниях пневмонией, плевритом; не было данных о наследственных, сопутствующих заболеваниях, о вредных привычках (наркомании, токсикомании, алкоголизме). В некоторых историях болезни был неправильно оформлен или не был оформлен вовсе отказ больного от медицинской помощи.

Следует отметить недостаток проведенной СМЭ: излагая историю болезни, эксперт не анализирует ее и не дает ей медицинскую и правовую оценку.

Заключение

При постановке диагноза при вскрытии, как правило, не предпринимается попытка определить причину столь позднего выявления заболевания. При этом не разъясняется этиология пневмонии, плеврита, бронхита, не определяется сопутствующая патология и ее роль в танатогенезе. Например, пневмококковая пневмония может явиться осложнением туберкулеза легких, а может и не быть обусловленным туберкулезным процессом. Все эти аспекты не описываются в заключении судебно-медицинской экспертизы.

В большинстве случаев не проводится бактериоскопия. Несмотря на выявленные в ходе настоящего исследования нарушения терапевтического процесса, туберкулез и связанные с ним патологические изменения не становятся причиной повторной экспертизы. За последние 5 лет не проводилось ни одной экспертизы по делам о правонарушениях медицинских работников при лечении больных туберкулезом. Между тем следует иметь в виду, что медицинские ошибки носят правовой характер, и только после проведения медицинской экспертизы, в т. ч. судебной, на основании действующего законодательства устанавливается наличие или отсутствие признаков правонарушения.

Таким образом, несмотря на введение стандартов, диагностика и лечение туберкулеза легких в специализированном стационаре имеют ряд серьезных недостатков, связанных как с использованием диагностических методов, так и с качеством медицинской помощи.

Литература

1. Пашина Г.А., Пашина А.Г., Попова Т.Г. и др. О необходимости разработки критериев экспертной оценки неблагоприятных исходов оказания медицинской по-

мощи. *Вопр. эксперт. и качества мед. помощи* 2007; 9: 23–25.

2. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М.; Иваново; 2001.
3. Акопов В.И., Амбалов Ю.М., Акопов М.В. О состоянии и правовых аспектах повышения уровня контроля качества медицинской помощи. В кн.: Судебно-медицинская оценка качества оказания медицинской помощи. Материалы XVII Пленума Всероссийского общества судебных медиков. М.; Владимир; 2003. 11–13.
4. Акопов В.И., Джуха Ю.П. О возможностях участия судебно-медицинской службы в контроле качества медицинской помощи. *Мед. право* 2003; 3: 39–41.
5. Хабриев Р.У., Юрьев А.С., Никонов Е.Л. Основные методологические подходы к оценке качества медицинской помощи. В кн.: Материалы Всероссийского совещания судебных медиков. Самара; 2005. 26–33.
6. Клевню В.А. Состояние судебно-медицинской экспертизы в РФ и задачи по совершенствованию экспертных исследований при оценке качества медицинской помощи. В кн.: Материалы Всероссийского совещания судебных медиков. Самара; 2005. 3–21.
7. Новоселов В.П., Карачев А.Ю. Анализ секционных данных при туберкулезе легких по Красноярскому краю за 4 года. *Акт. вопр. судеб. мед.* 2000; 3: 3–4.
8. Печерей И.О. Экспертная оценка дефектов диагностических и лечебных мероприятий при выявлении туберкулеза легких: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2007.
9. Кондрашов Д.Л. Патологоанатомическая диагностика и танатологическая характеристика туберкулеза по данным судебно-медицинской экспертизы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Челябинск; 2006.
10. Щепин В.О., Купеева И.А., Кокорина Е.П. Современные и региональные особенности здоровья населения России. М.; 2007.
11. Воробьев П.А., Вялков А.И., Бальчевский В.В. и др. Стандартизация в здравоохранении на современном этапе. *Пробл. стандартиз. в здравоохран.* 2007; 5: 3.
12. Кокорина Е.П. Результаты и перспективы работы над стандартами медицинской помощи. *Пробл. стандартиз. в здравоохран.* 2008; 1: 3–4.
13. Акопов В.И., Макарова В.Н. Анализ дефектов медицинских карт стационарного больного туберкулезом легких в специализированном ЛПУ. В кн.: Сборник науч. работ "Актуальные проблемы инфекционной и неинфекционной патологии". Ростов-н/Д; 2005: 8–9.
14. Величковский Б.Т. О путях "сбережения народа" и роли болезней органов дыхания в решении этой проблемы. *Пульмонология* 2007; 2: 5–8.

Информация об авторах

Макарова Виктория Николаевна – ассистент кафедры судебной медицины с курсом правоведения Ростовского государственного медицинского университета; тел.: (863) 250-41-04; e-mail: shestalexis@rambler.ru
Акопов Вил Иванович – д. м. н., проф., зав. организационно-методическим отделом Бюро судебно-медицинской экспертизы Минздрава Ростовской обл.; тел.: (863) 233-66-97; e-mail: sme@aanet.ru

Чубарян Вардан Тарасович – д. м. н., проф., зав. кафедрой факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов Ростовского государственного медицинского университета; тел.: (863) 223-36-04; e-mail: akt@rostgmu.ru

Дейнеко Дмитрий Александрович – судебно-медицинский эксперт танатологического отделения Бюро судебно-медицинской экспертизы Минздрава Ростовской обл.; тел.: (863) 233-66-97; e-mail: sme@aanet.ru

Поступила 04.12.08
© Коллектив авторов, 2009
УДК 616.24-002.5-079.6