
ТЕХНОЛОГИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ

А.В. Березников, В.П. Конев

Кафедра судебной медицины с курсом правоведения
Омская государственная медицинская академия
ул. Партизанская, 20, Омск, Россия, 644043

В работе предложена технология экспертизы качества и характера медицинской помощи на основании выделения дефектов, приводящих к отрицательным последствиям от оказания медицинской помощи. Дефекты, определяющие отрицательные последствия, выделены при помощи статистических критериев Краскела-Уоллеса и Манна-Уитни, значимость каждого дефекта определялась по методам Вальда и Кульбака. Совокупность дефектов позволила выделить такой показатель, как накопленная информативность случая, как арифметическую сумму информативности выявленных дефектов. Методом бинарной логистической регрессии выявлена зависимость между показателями накопленной информативности и последствиями оказания медицинской помощи. Предложенная технология обеспечивает объективность экспертной оценки и повторяемость экспертизы экспертами других учреждений.

В последние десятилетия изменилась структура гастроэнтерологической патологии, значительно увеличилось количество хронических гепатитов и циррозов печени. Так, по данным страховых медицинских организаций в Омской области число пациентов, ежегодно госпитализируемых в стационары с данными нозологическими формами, возросло в 2007 г. по сравнению с 1997 г. в 4,2 раза. Цирроз печени как нозологическая форма выделяется по морфологическому принципу как исход хронического воспалительного процесса в виде пролиферативно-регенераторных изменений гистоархитектоники печени. Достаточно давно предложены стандарты диагностики и лечения циррозов печени, однако в клинической практике до настоящего времени имеют место случаи брака в диагностике и лечении. Вслед за стандартизацией для реализации основополагающего принципа Национального проекта «Здоровье» — обеспечение качества медицинской помощи, необходимо введение системы управления качеством медицинских услуг в лечебных учреждениях. Так же кроме ведомственного контроля качества необходимо активное участие страховых медицинских организаций и Федеральной службы надзора в здравоохранении, как субъектов, обеспечивающих вневедомственный контроль качества. Базой для осуществления управления и контроля качеством медицинской помощи является экспертиза случаев оказания медицинской помощи. Помимо ведомственной и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи в случаях досудебных и судебных разбирательств назначается судебно-медицинская экспертиза.

В соответствии с действующими нормативными документами в качестве эксперта при проведении ведомственной, вневедомственной и судебно-медицинской экспертизы по оценке качества и характера медицинской помощи привлекается терапевт или гастроэнтеролог, реже — врач общей практики. Сложности в проведении экспертизы медицинской помощи при циррозах печени сводятся к отсутствию научно-обоснованной технологии и ее проведения [1, 2, 6].

Цель работы: сформулировать критерии положительных последствий оказания медицинской помощи при циррозах печени, выделить наиболее значимые дефекты лечебно-диагностического процесса, разработать алгоритм экспертной оценки качества медицинской помощи данной группе больных.

Материалы исследования. В ходе исследования проведен анализ 83 случаев экспертизы качества медицинской помощи при циррозах печени (в группу не включены пациенты с первичным билиарным циррозом). Материал, поступивший на экспертизу, представлял собой медицинские карты амбулаторных и стационарных больных (из различных лечебно-профилактических учреждений Омска и Омской области), в которых в качестве основного заболевания вынесен цирроз печени. Эксперты оценивали правильность постановки данного диагноза и адекватность лечения.

Методы исследования.

1. *Проспективное наблюдение* за динамикой патологического процесса проводилось во всех случаях на протяжении 24 месяцев.

2. *Экспертная оценка качества медицинской помощи* проводилась методом сравнения с эталоном — стандартом диагностики и лечения цирроза печени [3, 4, 5].

3. *Статистические методы:* для выявления дефектов, имеющих связь с отрицательными последствиями медицинской помощи, рассчитывались критерии Краскела-Уоллеса и Манна-Уитни; степень влияния дефекта на отрицательные последствия оценивалась при помощи диагностического коэффициента по методу Вальда и информативности по методу Кульбака, в последующем выявлена методом бинарной логистической регрессии зависимость между показателями накопленной информативности и последствиями оказания медицинской помощи.

Результаты собственных исследований.

В начале мы проанализировали заключения экспертов относительно качества и характера медицинской помощи при циррозах печени (табл. 1).

Таблица 1

Дефекты медицинской помощи при циррозах печени, выявленные экспертами

№ п/п	Наименование дефекта	Частота встречаемости в долях единицы
1	Отсутствие одного или нескольких рутинных методов — ОАК, ОАМ, РВ, флюорография органов грудной полости, ЭКГ	0,16
2	Маркеры синдрома цитолиза не исследованы	0,23
3	Маркеры синдрома холестаза не исследованы	0,14
4	Маркеры синдрома мезенхимального воспаления и печеночно-клеточной недостаточности не исследованы	0,16
5	Не исследованы белковые фракции	0,16
6	Нет электролитного профиля крови	0,59
7	Биопсийных исследований нет	0,80
8	Отсутствие УЗИ с описанием маркеров портальной гипертензии и состояния ткани печени	0,11
9	Отсутствие ФЭГДС с описанием вен пищевода	0,23
10	Отсутствие РРС с описанием ректальных вен	0,23
11	Несоответствие клинических данных диагнозу	0,14
12	Несоответствие инструментальных и лабораторных данных диагнозу	0,07

Окончание таблицы

№ п/п	Наименование дефекта	Частота встречаемости в долях единицы
13	Не исследованы ПТИ (факторы свертывающей системы крови)	0,16
14	Не исследованы азотистые шлаки	0,16
15	Не исследованы маркеры опухолевого роста (при наличии показаний)	0,40
16	Кал на скрытую кровь не исследован	0,18
17	Не обследован в этиологическом плане	0,20
18	В дифференциальном и скрининговом плане не обследован	0,53
19	Неадекватная диета	0,07
20	Коррекция портальной гипертензии не проводилась или проводилась не в достаточном объеме	0,58
21	Коррекция печеночной энцефалопатии не проводилась или проводилась не в полном объеме	0,37
22	Отсутствие профилактики бактериальных осложнений	0,27
23	Препараты для разрешения холестаза (при наличии показаний) не применялись	0,29
24	Отсутствие инструментального контроля	0,11
25	Рекомендации не содержат информации о дальнейшем медикаментозном лечении	0,28
26	Терапия недостаточна	0,31
27	Применение препаратов одностороннего действия, без показаний	0,28
28	Сокращение сроков амбулаторного лечения	0,17
29	Непрофильная госпитализация	0,27
30	Сокращение сроков лечения	0,16
31	Ненадлежащее ведение мед. документов	0,75

Далее мы сформулировали критерии положительных последствий от оказания медицинской помощи:

1. Обеспечение компенсации (или субкомпенсации) цирроза печени.
2. Длительность периода компенсации (или субкомпенсации) не менее 6 мес.
3. Отсутствие осложнений.

Следует подчеркнуть, что данные критерии весьма условны, так как зачастую тяжесть состояния обеспечивает не наличие или отсутствие терапии, а естественное течение патологического процесса. Цирроз печени — одно из заболеваний, при которых даже при идеальном выполнении стандарта диагностики и лечения возможно развитие отрицательных последствий, что следует учитывать при проведении экспертизы.

Полученные нами в ходе работы результаты имеют ряд ограничений в использовании в связи с тем, что мы намеренно включили в группу только тех пациентов, у которых возможно было добиться компенсации или субкомпенсации цирроза печени.

В соответствии с данными критериями мы разделили пациентов на две группы: первая — 62 пациента с отрицательными последствиями оказания медицинской помощи, вторая группа контроля — 21 пациент с положительными последствиями оказания медицинской помощи. Группы не имели статистически значимых различий по полу, возрасту, длительности и тяжести процесса и сопутствующей патологии. Для выявления дефектов, определяющих отрицательные последствия медицинской помощи, мы рассчитали критерии Краскела-Уоллеса и Манна-Уит-

ни. Критерии, статистически достоверно влияющие на качество медицинской помощи и определяющие отрицательное последствие от ее оказания, представлены в табл. 2. Нами рассчитывался диагностический коэффициент по методу Вальда и информативность каждого из дефектов по методу Кульбака (табл. 2).

Таблица 2

**Дефекты, определяющие отрицательные последствия
медицинской помощи при циррозах печени и их значимость**

№ п/п	Наименование дефекта	Критерий Краскела-Уоллеса	Критерий Манна-Уитни	Диагностический коэффициент	Информативность
Дефекты диагностики					
1	Отсутствие одного или нескольких рутинных методов — ОАК, ОАМ, РВ, флюорография органов грудной полости, ЭКГ	< 0,05	< 0,05	6,00	0,43
2	Маркеры синдрома цитолиза не исследованы	< 0,05	< 0,05	24,86	3,80
3	Маркеры синдрома холестаза не исследованы	< 0,05	< 0,05	22,87	2,20
4	Маркеры синдрома мезенхимального воспаления и печеночно-клеточной недостаточности не исследованы	< 0,05	< 0,05	6,00	0,43
5	Не исследованы белковые фракции	< 0,05	< 0,05	6,00	0,43
6	Нет электролитного профиля крови	< 0,05	< 0,05	1,77	0,19
7	Биопсийных исследований не проведено	< 0,05	< 0,05	7,18	2,90
8	УЗИ с описанием маркеров портальной гипертензии и состояния ткани печени не проведено	< 0,05	< 0,05	21,62	1,56
9	ФЭГДС с описанием вен пищевода не проведено	< 0,05	< 0,05	24,86	3,80
10	РРС с описанием ректальных вен не проведено	< 0,05	< 0,05	24,86	3,80
Дефекты лечения					
11	Неадекватная диета	< 0,05	< 0,05	19,86	0,95
12	Коррекция портальной гипертензии не проводилась или проводилась не в достаточном объеме	< 0,05	< 0,05	28,89	11,17
13	Коррекция печеночной энцефалопатии не проводилась или проводилась не в полном объеме	< 0,05	< 0,05	26,99	6,73
14	Отсутствие профилактики бактериальных осложнений	< 0,05	< 0,05	25,50	4,51
15	Препараты для разрешения холестаза (при наличии показаний) не применялись	< 0,05	< 0,05	25,88	5,00
16	Отсутствие инструментального контроля	< 0,05	< 0,05	26,55	5,98
17	Рекомендации не содержат информации о дальнейшем медикаментозном лечении	< 0,05	< 0,05	8,63	1,32

Далее для всех случаев рассчитан показатель накопленной информативности отдельно для процессов диагностики и лечения методом бинарной логистической регрессии, определены вероятностные границы данных показателей по отношению к исходу (табл. 3).

Таблица 3

Наиболее вероятные последствия оказания медицинской помощи в зависимости от значения накопленной информативности

Значения накопленной информативности для процесса диагностики	Значения накопленной информативности для процесса лечения	Уровень качества	Судебно-медицинская характеристика медицинской помощи	Вероятные последствия от медицинской помощи
1,48 и <	2,27 и <	высокий	надлежащая	положительные
1,49—8,90	1,33—16,24	сомнительный		положительные отрицательные
> 8,91	> 16,25	низкий		отрицательные
18,06	> 32,41	—	ненадлежащая	отрицательные

Обсуждение результатов исследования.

Результаты исследования позволяют предложить технологию работы врача гастроэнтеролога и терапевта в составе экспертной комиссии по оценке качества медицинской помощи при циррозах печени.

1. Изучение предоставленной на экспертизу медицинской документации.
2. Выявление дефектов оказания медицинской помощи методом сравнения с эталоном.
3. Выявление дефектов, определяющих отрицательные исходы.
4. Подсчет согласно показателям табл. 2 накопленной информативности случая.
5. Выявление вероятных последствий, качества и характера от оказанной медицинской помощи (табл. 3).
6. При возможности сравнение имеющихся результатов с критериями положительных последствий медицинской помощи.

Применение стандартизированной экспертной оценки позволяет ее объективизировать и обеспечить ее повторяемость другим экспертом в другом экспертном учреждении.

Приведем результаты анализа случаев оказания медицинской помощи с отрицательными последствиями. Достаточно часто диагноз цирроза печени бывает ошибочным в случае алкогольной болезни печени: остром алкогольном гепатите, когда за счет перипортального отека, реже инфильтрации, возникает внутривенное нарушение оттока из бассейна воротной вены. Аналогичная ситуация возможна при остром, активном хроническом токсическом и лекарственных гепатитах. Во всех этих случаях имеет место печеночная портальная гипертензия без цирроза печени.

Еще одной проблемой является недостаточная коррекция синдрома портальной гипертензии (назначение исключительно мочегонных препаратов без исполь-

зования пролонгированных нитратов, бета-адреноблокаторов, ингибиторов АПФ), а также отсутствие профилактики печеночной энцефалопатии.

Область практического применения полученных результатов достаточно широка: работа гастроэнтеролога и терапевта в составе экспертной комиссии любого уровня, обеспечение внутриведомственного, внутрибольничного контроля качества, проведение вневедомственных и судебно-медицинских экспертиз по оценке последствий оказания медицинской помощи. Кроме того, знание стандартов диагностики и лечения, а также основ экспертной оценки качества медицинской помощи позволит практикующему врачу избежать грубых дефектов в работе с больным и медицинской документацией, обеспечит более высокий уровень качества оказываемой помощи.

Выводы.

1. Не все дефекты, выявленные экспертами, влияют на последствия оказания медицинской помощи при циррозах печени.

2. Показатель накопленной информативности позволяет прогнозировать исходы и последствия медицинской помощи при циррозах печени.

3. Показатель накопленной информативности при ненадлежащей медицинской помощи значительно ниже, чем для медицинской помощи низкого качества — данные понятия не являются тождественными.

4. Предложенные критерии экспертных оценок случая оказания медицинской помощи при циррозах печени служат для объективной оценки и интерпретации материалов медицинской документации врачом-экспертом.

5. Применение алгоритмированной технологии экспертной оценки случаев оказания медицинской помощи позволяет объективизировать заключение и выводы эксперта.

6. Необходимо проводить обучение врачей гастроэнтерологов и терапевтов, привлекаемых в качестве экспертов, основам экспертной деятельности, а также алгоритмам и методикам работы эксперта-гастроэнтеролога, эксперта-терапевта в комиссии при оценке качества и последствий медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Бояджан В.А.* Проблема стандартизации оценки деятельности учреждений здравоохранения / В.А. Бояджан, Ю.Н. Семёнов // Бюл. НИИ им Н.А. Семашко — М., 1992. — С. 29—31.
- [2] *Быховская О.А.* Судебно-медицинская оценка дефектов оказания медицинской помощи в условиях крупного города: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2002.
- [3] *Ивашкин В.Т.* Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. — М.: Литтерра, 2003.
- [4] *Калинин А.В.* Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение — руководство для врачей / А.В. Калинин, А.И. Хазанов. — М.: Миклош, 2007.
- [5] *Майер К.П.* Гепатит и последствия гепатита. — М.: ГЕОТАР-МЕД, 2001.
- [6] *Радул В.В.* Экспертиза качества медицинской помощи терапевтическим больным: методология, уровни оценок, клинико-анатомические параллели: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Омск, 2004.

TECHNOLOGY OF EXAMINATION OF QUALITY OF A MEDICAL CARE AT HEPAR CIRRHOSES

A.V. Bereznikov, V.P. Konev

Faculty of forensic medicine with a rate of Jurisprudence
Omsk State Medical Academy
Partizanskaya str., 20, Omsk, Russia, 644043

Diagnostics and treatment of cirrhoses of a hepar are standardized, however in the expert plan at carrying out departmental, non-departmental and forensic medical examinations for the decision of questions on quality and character of the medical care, this is nosology represents the big complexities. It is difficult enough to define positive consequences from rendering assistance, to connect consequences with defects of treatment, whether to define are negative consequences result of treatment or a natural current of process. In work the technology of examination of quality and character of medical aid on the basis of allocation of the defects leading to negative consequences from rendering of medical care is offered. The defects defining negative consequences, are allocated by means of statistical criteria of Kraskel-Uolles and the Mann-Whithney, the importance of each defect was defined on methods of Vald and Kulbak. Set of defects has allowed to allocate such indicator as saved up informative a case, as the arithmetic sum informative the revealed defects. The method of binary logistical regress reveals dependence between indicators saved up informative and consequences of rendering of medical care. The offered technology provides objectivity of an expert estimation and repeatability of examination with experts of other establishments.