

ОБ ОШИБКАХ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Основной причиной летальности при неотложных состояниях (инфаркт миокарда, ней-ротравма и т.п.) является несвоевременность оказания экстренной помощи на догоспитальном этапе (до 60% всех случаев). Тяжелые осложнения, ведущие к смертельному исходу, при неотложных состояниях в первые часы и сутки от начала заболевания большей частью связаны с неправильной диагностикой и в связи с этим неверной тактикой медработников при первичном обращении больных (1,8%). Часто они обусловлены и стертой клинической картиной того или иного состояния.

Наш опыт показал, что медработники недооценивают типичные симптомы при неотложных состояниях. Анализ ошибок в диагностике неотложных состояний на догоспитальном этапе по материалам отделений БСМП г. Набережные Челны (47%) за 1974—1999 г. показал, что в 12,9% случаев имела место гиподиагностика, то есть госпитализация больных с сопутствующими и пограничными заболеваниями. В 0,35% случаев причиной осложнений и летальных исходов неотложных состояний являлась длительность срока догоспитального периода (от 3 ч до 3 сут), обусловленная в основном вызовом участкового врача на дом, обращением больных и пострадавших с неотложным состоянием в поликлинику или вообще необращаемость к врачам самих пострадавших — и это в то время, когда им требовалась экстренная медицинская помощь.

На основании имеющегося материала мы условно подразделили все случаи гиподиагностики на 5 групп: 1) ошибки бригад скорой помощи (15,9%); 2) ошибки врачей поликлиник (29,8%); 3) ошибки врачей стационаров (0,8%); 4) атипичное течение заболеваний в динамике лечения (9,3%); 5) позднее обращение больных за медицинской помощью (44,2%).

С целью уменьшения летальности при неотложных состояниях по причине неполноценной экстренной помощи на догоспитальном этапе мы с учетом изложенного предлагаем следующее:

1. Объединить станцию скорой помощи с БСМП (по структуре Института им. Н.В. Склифосовского).
2. Повысить квалификацию медработников по вопросам атипичного течения неотложных ситуаций.
3. Оказывать экстренную паллиативную помощь даже по предварительному диагнозу.
4. Не считать гипердиагностику за существенную ошибку при госпитализации.
5. Совершенствовать работу специализированных бригад ССМП.
6. Обучать основам медицинских знаний широкие массы населения городов и сел.

Благодаря проведению рекомендуемых мероприятий мы уменьшили частоту обращений по неотложным состояниям в поликлинику и вызовов участковых врачей на дом на 20,1%, увеличили частоту обращаемости на станцию скорой медицинской помощи на 31,4%, сократили догоспитальное время экстренной медицинской помощи на 12,3% и летальность из-за несвоевременной экстренной медицинской помощи неотложным больным до 47%, что значительно ниже (на 13%) средних литературных данных.

Е.В. Лушников
(Набережные Челны)