

СТРУКТУРА РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ДИАГНОЗОВ В СЛУЧАЯХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Самойлович М. В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Реферат. Были определены наиболее клинически сложно диагностируемые морфологические изменения, развивающиеся вследствие черепно-мозговых травм. Проанализированы диагностические врачебные ошибки на основе сличения клинического и судебно-медицинского диагнозов.

Ключевые слова: сличение диагнозов, черепно-мозговая травма, судебно-медицинская экспертиза, врачебная ошибка.

Введение. Прирост черепно-мозгового травматизма по данным всемирной организации здравоохранения составляет около 2% ежегодно. Так, в Республике Беларусь краниocereбральные повреждения получают 6-7 взрослых и 11 детей на 1000 населения [3].

В то же время сопоставление клинического и анатомического диагнозов позволяет объективно оценить правильность обследования и лечения пострадавших, качество оказания медицинской помощи организациями здравоохранения [1,2].

Установление объективных медицинских данных может быть оптимизировано путем внедрения единых стандартов диагностики для всех пострадавших с травмой головы. Это, в свою очередь, позволит избежать субъективизма чаще всего в виде клинической гипердиагностики при оценке краниocereбральных повреждений [4].

Единые принципы составления клинического и морфологического диагнозов и единое толкование всех понятий и терминов, применяемых для определения роли и значения обнаруженных у больного при жизни и при вскрытии патологических процессов – необходимое условие для получения сопоставимых результатов при сличении диагнозов [5].

Цель работы: Выявить наиболее клинически сложно диагностируемые морфологические изменения, развивающиеся вследствие черепно-мозговых травм, и проанализировать встречающиеся диагностические врачебные ошибки.

Материалы и методы. В ходе исследования было проанализировано 115 «Заключений эксперта», выполненных в отделе общих экспертиз №2 Управления Государственной службы медицинских судебных экспертиз по г. Минску (сейчас – Государственный комитет судебных экспертиз Республики Беларусь) за 2010 год в отношении трупов лиц, умерших в стационаре вследствие изолированной черепно-мозговой травмы. Это составило 6,3% от общего количества проведенных судебно-медицинских экспертиз трупов за год (1827 наблюдений). Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета программ Statistica-6.0

Результаты и их обсуждение.

Принято считать, что врачебные ошибки могут быть следующего характера: 1) организационные, 2) диагностические, 3) лечебно-тактические, 4) ошибки оформления медицинской документации [5].

Диагностические ошибки устанавливаются при сопоставлении заключительного и морфологического диагнозов. При сличении диагнозов учитывается только диагноз, записанный на первой странице медицинской карты стационарного пациента, рубрифицированный на основное заболевание, осложнение и сопутствующие заболевания. Если имеется «комбинированное основное заболевание», то в рубрику «основное заболевание» выставляется то, которое считается ведущим и которое учитывается в статистическом учете и шифруется по МКБ (Международная классификация болезней, травм и причин смерти). Обязательно на титульном листе истории болезни отмечается дата установления основного заболевания или его осложнений.

Существует 4 варианта при сличении диагнозов:

1. Совпадение клинического и морфологического диагнозов.
2. Расхождение клинического и морфологического диагнозов по основному заболеванию.
3. Расхождение диагнозов по важнейшему осложнению, существенно изменившему течение заболевания или явившемуся причиной смерти.
4. Расхождение диагнозов по важнейшему сопутствующему заболеванию.

Из 115 исследованных случаев полное совпадение диагнозов составило 30 наблюдений (26,1%), а расхождение клинического и морфологического диагнозов по основному заболеванию – остальные 85 наблюдений (74,9%).

Обращает на себя внимание отсутствие расхождений диагнозов по важнейшему осложнению, существенно изменившему течение заболевания или явившемуся причиной смерти. Это может быть обусловлено тем обстоятельством, что основные осложнения черепно-мозговой травмы – отек головного мозга и пневмония – хорошо известны и практически всегда указываются клиницистами при формулировании заключительного диагноза в случае наступления летального исхода.

Также в проведенной работе не встретилось случаев расхождения диагнозов по важнейшему сопутствующему заболеванию, что можно объяснить хорошим клиническим обследованием пациентов в условиях оказания квалифицированной медицинской помощи столичными учреждениями здравоохранения.

При анализе расхождения диагнозов указывается обязательно, на каком этапе обследования больного не был установлен диагноз. При этом выделяют следующие категории расхождения диагнозов [1,5]:

I – заболевание не было распознано на предыдущих этапах, а в данном лечебном учреждении установление правильного диагноза было невозможно из-за тяжести состояния больного, распространенности патологического процесса, кратковременности пребывания больного в данном учреждении;

II - заболевание не было распознано в данном лечебном учреждении в связи с недостатками в обследовании больного, отсутствием необходимых и доступных исследований; при этом следует учитывать, что правильная диагностика не обязательно оказала бы решающее значение в исходе заболевания, но правильный диагноз мог и должен быть поставлен.

III - неправильная диагностика повлекла за собой ошибочную тактику, что сыграло решающую роль в смертельном исходе.

В условиях крупного города, которым является г. Минск, пострадавший с черепно-мозговой травмой с места происшествия (или иного места) бригадой скорой медицинской помощи доставляется сразу в учреждение здравоохранения, оказывающее экстренную специализированную медицинскую помощь. Это соответствует общепринятым европейским стандартам оказания медицинской помощи [6]. Таким важнейшим обстоятельством объясняется отсутствие I категории (заболевание не было распознано на предыдущих этапах) расхождения клинического и судебно-медицинского диагнозов во всех проведенных наблюдениях.

Подавляющее большинство случаев расхождения клинического и судебно-медицинского диагнозов – 81 из 85 (95,3% наблюдений) – относятся ко II категории, которая не оказывает решающего влияния на наступление смертельного исхода у пострадавшего. Детальный анализ ошибочной диагностики будет приведен ниже.

III категория расхождения клинического и судебно-медицинского диагнозов встречается очень редко - 4 случая (4,7% наблюдений), однако определяет наступление неблагоприятного исхода. В проведенном исследовании все эти случаи связаны с тем, что у пациентов при жизни не были распознаны массивные эпидуральные гематомы.

Термин «черепно-мозговая травма» предполагает сочетанное повреждение черепа, оболочек и ткани головного мозга и представляет собой динамическое заболевание – поэтому должно проводиться исследование состояния пациента в динамике, чтобы оценить индивидуальное течение патологического процесса [4,6,7].

Таким образом, сформулированный основной диагноз черепно-мозговой травмы должен информировать о виде повреждения (закрытая или открытая травма), морфологических критериях (характер повреждения различных анатомических структур), осложнениях (ранних и поздних) [7].

Клиническая диагностика краниocereбральных повреждений выглядит следующим образом. Из 115 пациентов у 85 (74,9%) применительно к отдельным составляющим элементам черепно-мозговой травмы имелись диагностические врачебные ошибки - было выявлено 122 эпизода расхождения клинических и судебно-медицинских морфологических изменений.

В зависимости от опасности инфекционных осложнений выделяют закрытое (отсутствует повреждение апоневроза) и открытое (нарушается целостность структур, отделяющих мозг от окружающей среды) краниocereбральное повреждение. Проникающие ранения сопровождаются нарушением целостности твердой мозговой оболочки. Различие в оценке открытой или закрытой формы черепно-мозговой травмы зафиксировано в 9 наблюдениях (7,8% от общего числа пострадавших), все из которых касаются клинической гипердиагностики открытого характера повреждения из-за наличия ран, глубина последних (как было установлено на вскрытии) в указанных случаях не достигала апоневроза.

Затруднения в распознавании переломов костей черепа встретились в 6 случаях (5,2% пациентов). При этом остались не выявленными 4 перелома - соотношение повреждений свода черепа к его основанию составляет 3:1. Клиническая гипердиагностика составила 2 наблюдения (1 - свод черепа, 1 – сочетание свода и основания).

Применительно к повреждению оболочек головного мозга ситуация складывается таким образом, что различия в выявлении оболочечных кровоизлияний составили 42 наблюдения (34,4% диагностических врачебных ошибок). В 7 случаях (6% всех пациентов или 16,7% от нераспознанных оболочечных кровоизлияний) во время стационарного лечения не были выявлены эпидуральные гематомы, 4 из которых вследствие своей массивности повлекли дислокацию головного мозга и определили наступление летального исхода у пострадавших. Это было расценено, как III категория расхождения клинического и судебно-медицинского диагнозов. Клиническая гипердиагностика кровоизлияний над твердой мозговой оболочкой отсутствовала.

Субдуральная гематома вызвала затруднения в 14 наблюдениях - 12,2% пострадавших или 1/3 всех оболочечных кровоизлияний. При этом остались нераспознанными 11 случаев кровоизлияний под твердой мозговой оболочкой, а еще в 3-х случаях клинический диагноз субдуральной гематомы не нашел своего подтверждения во время проведения аутопсии.

Половину исследованных проблемных для диагностики повреждений оболочек головного мозга - 21 случай - составили субарахноидальные кровоизлияния, из числа которых подавляющее большинство (19 наблюдений) относятся к гиподиагностике. Лишь у 2-х у пациентов отмечена клиническая гипердиагностика кровоизлияний под мягкими мозговыми оболочками.

Выявление вовлеченности в патологический процесс вещества головного мозга вызвало затруднение в клинике в 65 наблюдениях – 53,3% диагностических врачебных ошибок. Расхождение диагноза по внутримозговым гематомам найдено в 26 случаях (22,6% всех пациентов или 40% от внутримозговых повреждений), где доминирует клиническая гиподиагностика – 25 наблюдений. Только у одного пациента клинический диагноз кровоизлияния в вещество мозга не подтвердился при судебно-медицинском исследовании трупа.

Внутрижелудочковые кровоизлияния представили собой проблему для клинической идентификации у 31 пострадавшего (27% от числа всех пациентов или 47,7% от внутримозговых повреждений): не выявлены при фактическом наличии в 27 случаях, не верифицировались на вскрытии в 4 наблюдениях.

Меньшее количество расхождений клинического и судебно-медицинского диагнозов связано с ушибом-размозжением мозга - 5 случаев (4,3% пациентов или 7,7% от внутримозговых повреждений). Из них гиподиагностика составила 3 наблюдения, гипердиагностика – 2 наблюдения.

Кроме того, в 3 случаях (2,6% пациентов или 7,7% от внутримозговых повреждений) отмечено различие при сопоставлении клинического и морфологического диагнозов относительно сходного с черепно-мозговой травмой заболевания - инфаркта мозга. 2 подобных случая остались нераспознанными во время стационарного лечения. В одном наблюдении при клиническом диагнозе инфаркта мозга во время судебно-медицинского вскрытия у пациента было обнаружено краниоцеребральное повреждение.

Таким образом, наибольшее количество случаев расхождения клинического и судебно-медицинского диагнозов связано с выявлением внутричерепных кровоизлияний, а именно 99 случаев, что составляет 86,1% от общего числа наблюдений.

Клиническая гиподиагностика повреждений различных анатомических структур (98 случаев) при черепно-мозговой травме встречается значительно чаще, чем гипердиагностика (15 наблюдений).

Заключение. 1. При черепно-мозговых травмах наиболее сложными для клинической диагностики являются внутричерепные кровоизлияния, которые по мере убывания частоты встречающихся диагностических врачебных ошибок располагаются

следующим образом: внутрижелудочковые кровоизлияния, внутримозговые гематомы, субарахноидальные кровоизлияния, субдуральные гематомы, эпидуральные гематомы.

2. Случаи клинической гиподиагностики (выявленное при судебно-медицинском исследовании трупа морфологическое изменение не отражено в заключительном клиническом диагнозе) наблюдаются значительно чаще гипердиагностики (вынесенное в заключительный клинический диагноз повреждение определенной анатомической структуры не обнаружено при аутопсии).

3. Подавляющее большинство случаев расхождения клинического и судебно-медицинского диагнозов – 81 из 85 (95,3% наблюдений) – относятся ко II категории, которая не оказывает решающего влияния на наступление смертельного исхода у пострадавшего.

4. В ряде случаев диагностические врачебные ошибки (нераспознанные эпидуральные гематомы), повлекли за собой неправильную тактику лечения и, как следствие, определили наступление летального исхода у пострадавших.

Литература

1. Калитеевский, П.Ф. Макроскопическая дифференциальная диагностика патологических процессов. 2-е изд. перераб. / П.Ф. Калитеевский. – Москва: «Миклош», 1993. – 384 с.

2. О совершенствовании контрольной (надзорной) деятельности в Республике Беларусь: Указ Президента Республики Беларусь, 16 октября 2009г., № 510 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2009. - № 253. – 1/11062.

3. Святская, Е.Ф. Компьютерно-томографические характеристики при черепно-мозговой травме / Е.Ф. Святская // Медицинские новости. - 2005. - № 1. - С.21-23.

4. Трудности в судебно-медицинской оценке некоторых форм черепно-мозговой травмы / А.И. Исаев [и др.] // Судебно-медицинская экспертиза. – 2002. - № 4. - С.6-10.

5. Хмельницкий, О.К. О конструкции патологоанатомического диагноза, эпикриза и о клинико-анатомических сопоставлениях / О.К. Хмельницкий // Архив патологии. - 1971. - №6. - С. 60-66.

6. *Praktinische Diagnostik und Versorgung beim schweren SHT* / J. Erhard [et al.] // *Unfallchirurg.* – 1996. - 99:534-540.

7. Soyka, D. *Vorschlag einer erweiterten Klassifikation mit operationalen diagnostischen Kriterien für Schädel-Hirn-Traumen* / D. Soyka // *Nervenarzt.* – 1992. - 63: 82-87.

Differences in the structure of clinical and forensic-medical diagnoses in cases of brain injury, Samailovich M.V., Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus. Were identified most clinically diagnosable difficult morphological changes, developing as a result of brain injuries. The analysis of the causes of the divergence of clinical and forensic diagnoses.

Keywords: brain injury, diagnoses, a forensic medical examination, medical malpractice.