

Е.А. Говейно - ординатор
Д.Ф. Хусаинова – кандидат медицинских наук, доцент
Л.А. Соколова – доктор медицинских наук, профессор
Е.В. Рузанов – заместитель главного врача

Information about the authors

S.A. Kuznetsova – postgraduate student
Е.А. Goveyno - postgraduate student
D.F. Khusainova – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
L.A. Sokolova – Doctor of Medicine, Professor
E.V. Ruzanov– Deputy Head Doctor

УДК 616.34-002.1:618.3-073:614.88

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР РАСХОЖДЕНИЯ ДИАГНОЗОВ ДОГОСПИТАЛЬНОГО И ГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПОВ ПРИ ОСТРОМ ГАСТРОЭНТЕРИТЕ И ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Роман Дмитриевич Орлов¹, Диляра Феатовна Хусаинова², Людмила
Александровна Соколова³, Евгений Валерьевич Рузанов⁴

¹⁻³ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Екатеринбург, Россия

⁴ГБУЗ СО «Станция скорой медицинской помощи имени В.Ф. Капиноса»,

Екатеринбург, Россия

²husainovad@mail.ru

Аннотация

Введение. Диагностические, тактические и лечебные ошибки, к сожалению, неизбежны в практике врача любого профиля. Одним из важных показателей качества медицинской помощи является частота совпадений диагнозов направляющего учреждения (догоспитальный этап) и стационара (госпитальный этап). **Цель исследования** - наблюдение и описание клинического случая расхождения диагнозов догоспитального и госпитального этапов при остром гастроэнтерите и внематочной беременности. **Материалы и методы.** Проведен анализ первичной медицинской документации - карта вызова скорой медицинской помощи (форма № 110/у). **Результаты.** Знание дифференциальной диагностики абдоминального синдрома чрезвычайно важно для каждого практикующего врача. Дефект сбора анамнеза влечет за собой диагностическую ошибку, которая приводит к неправильной тактике и отсрочивает специализированную помощь пациенту. **Обсуждение.** Классическая диагностика, состоящая из субъективных и объективных симптомов, анализ полученных данных приобретают первостепенное и важнейшее значение при работе с больными, находящимися в неотложном состоянии. **Выводы.** Клинические критерии заболеваний не всегда могут быть специфичны. Дефект сбора анамнеза привел к диагностической ошибке, которая повлекла за собой тактическую ошибку на догоспитальном этапе. Сложная природа ошибок догоспитального этапа состоит в специфике работы (дефицит времени, информации и ресурсов), ситуационных факторах и острейшем периоде заболевания.

Ключевые слова: острый гастроэнтерит, внематочная беременность, скорая медицинская помощь.

A CLINICAL EXAMPLE OF THE DISCREPANCY BETWEEN THE DIAGNOSES OF THE PREHOSPITAL AND HOSPITAL STAGES IN ACUTE GASTROENTERITIS AND ECTOPIC PREGNANCY

Roman D. Orlov¹, Dilyara F. Husainova², Lyudmila A. Sokolova³, Evgeny V. Ruzanov⁴

¹⁻³Ural state medical university, Yekaterinburg, Russia

⁴Ambulance station, Yekaterinburg, Russia

²husainovad@mail.ru

Abstract

Introduction. Diagnostic, tactical and therapeutic errors, unfortunately, are inevitable in the practice of a doctor of any profile. One of the important indicators of the quality of medical care is the frequency of coincidences of diagnoses of the sending institution (pre-hospital stage) and the hospital (hospital stage). **The aim of the study** - to observe and describe a clinical case of a discrepancy between the diagnoses of the prehospital and hospital stages in acute gastroenteritis and ectopic pregnancy. **Materials and methods.** The analysis of primary medical documentation was carried out - an ambulance call card (form No. 110/y). Results Knowledge of the differential diagnosis of abdominal syndrome is extremely important for every practitioner. A defect in the collection of anamnesis entails a diagnostic error, which leads to incorrect tactics and delays specialized care for the patient. **Results.** Classical diagnostics, consisting of subjective and objective symptoms, analysis of the data obtained are of paramount and most important importance when working with patients in an urgent condition. **Conclusions.** Clinical criteria of diseases may not always be specific. A defect in the collection of anamnesis led to a diagnostic error, which led to a tactical error at the pre-hospital stage. The complex nature of the errors of the pre-hospital stage consists in the specifics of the work (lack of time, information and resources), situational factors and the acute period of the disease.

Keywords: acute gastroenteritis, ectopic pregnancy, emergency medical care.

ВВЕДЕНИЕ

Данные о частоте и характере тактических ошибок врачей и фельдшеров свидетельствуют о том, что из всех разобранных дефектов более 30 % приходится на тактические ошибки (в т. ч. и с летальными исходами), тогда как удельный вес диагностических ошибок не превышает 10-12 %. Обычно тактические ошибки сочетаются с диагностическими дефектами (94 %), отходя как бы на второй план и создавая видимость благополучия в отношении тактической грамотности медицинского персонала [1]. Часто в практике врача догоспитального этапа встречаются больные с «функциональной болью» или «неспецифической абдоминальной болью – НСАБ» (NSAP – non-specific abdominal pain). В ряде случаев только четкая последовательность действий позволяет избежать развития у пациента тяжелых осложнений [1,2].

Внематочная беременность (ВБ) продолжает оставаться одной из ведущих проблем в экстренной гинекологии. Согласно данным зарубежных авторов, данная патология остается ведущей причиной материнской смертности в Европе, в первом триместре, составляя 9–15 % от всех смертей, связанных с беременностью. При этом отмечается, что в ходе оказания помощи в стационаре более чем в 50 % случаев выявляются дефекты в ведении больных: недооценка тяжести состояния, недостатки обследования, поздняя госпитализация, ошибки в диагнозе, неадекватное лечение, в т. ч. оперативное. Трубная форма внематочной беременности, являясь самой частой разновидностью данной патологии, встречается в 97–99 % случаев внематочной беременности [3].

Оптимальное значение расхождения диагнозов между госпитальным и догоспитальными этапами составляет 5%, для характеристики преемственности в работе СМП и стационаров, необходимо так же учитывать удельный вес госпитализированных больных [4]. Таким образом, проблема минимизации ошибок в диагностике острых форм заболеваний – одна из актуальных проблем врачей-интернистов, в частности врачей скорой медицинской помощи [4,5].

Цель исследования – наблюдение и описание клинического случая расхождения диагнозов догоспитального и госпитального этапов при остром гастроэнтерите и внематочной беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами был проведен анализ первичной медицинской документации - карта вызова скорой медицинской помощи (форма № 110/у).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациентка Е. женщина, возрастом 35 лет.

Повод к вызову скорой медицинской помощи (СМП) – тошнота, жидкий стул, боль в животе.

Жалобы на момент осмотра: жидкий стул 5 раз без патологических примесей, тошнота, общая слабость, схваткообразные боли в околопупочной области и внизу живота перед актом дефекации.

Анамнез заболевания: со слов пациентки с утра (3 часа до вызова СМП) начались схваткообразные боли в околопупочной области и внизу живота сопровождающиеся жидким стулом, тошнота, общая слабость. Самостоятельно принимала активированный уголь 6 таблеток, смекту – без эффекта. Заболевание началось внезапно на фоне полного здоровья. При сборе анамнеза жизни хронические заболевания и травмы отрицает. Аппендектомия в 2009 г. Менструальный цикл 28 дней. Беременностей и родов не было.

Объективный статус: состояние средней степени тяжести. Положение активное. Кожный покров физиологической окраски, сухой. Слизистая розовая. Акроцианоза, отеков, сыпи и мраморности нет. В легких дыхание везикулярное, без хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Артериальное давление 100/60 мм.рт.ст., частота сердечных сокращений 94 ударов в минуту. Язык влажный с серо-белым налетом. Живот мягкий умеренно болезненный в околопупочной области и внизу живота. Симптомов раздражения брюшины

нет. Печень не увеличена. Диурез сохранен, достаточный. Стул жидкий до 5 раз, коричневый, без патологических примесей. Неврологический статус без патологии.

Бригадой СМП установлен диагноз: Острый гастроэнтерит. Ведение пациентки на этапе СМП проводилось в соответствии с клиническими рекомендациями по оказанию скорой медицинской помощи при диарее инфекционного генеза [5]. Больная доставлена в приемное отделение профильного инфекционного стационара, где осмотрена врачом приемного отделения. Проведены лабораторные исследования: общий анализ крови (без патологии), биохимический анализ крови, хорионический гонадотропин человека (повышен). При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и малого таза было выявлено образование в области придатков матки справа. На основании жалоб, анамнеза заболевания, клинической картины, данных лабораторных и инструментальных исследований в стационаре поставлен диагноз: Внематочная беременность. Вызвана бригада СМП для перевозки в профильный стационар.

ОБСУЖДЕНИЕ

Данный случай расхождения диагноза демонстрирует дефект сбора анамнеза бригадой СМП. Упущены данные гинекологического анамнеза, не выяснена дата последней менструации, частота и продолжительность. При внематочной беременности патогномичный симптом – задержка менструации. Клинические симптомы в виде диареи и спастических болей в животе вывели сотрудников СМП на диагностический поиск в области острых кишечных инфекций. К сожалению, на этапе СМП невозможно проведение лабораторно-инструментальных методов исследования для более четкой дифференциальной диагностики. При прогрессирующей внематочной беременности с помощью трансвагинального ультразвукового исследования (УЗИ) постановка правильного диагноза возможна до 100 % случаев по обнаружению эктопического плодного яйца, что и было сделано в стационаре. При наличии множества маркеров эктопической беременности β -хорионический гонадотропин человека (ХГЧ) остается единственным используемым для ее определения [3]. В настоящее время постановка диагноза внематочной беременности возможна лишь при сочетанном обнаружении как увеличения уровня β -ХГЧ в крови, так и подтверждения ее в ходе УЗИ, что на этапе СМП невозможно. Однако каждый врач должен помнить, что возможности ранней диагностики дают шанс пациентам избежать осложнений.

ВЫВОДЫ

1. Клинические критерии заболеваний не всегда могут быть специфичны.
2. Дефект сбора анамнеза привел к диагностической ошибке, которая повлекла за собой тактическую ошибку на догоспитальном этапе.
3. Сложная природа ошибок догоспитального этапа состоит в специфике работы (дефицит времени, информации и ресурсов), ситуационных факторах и острейшем периоде заболевания.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Ильичева О.Е., Тактические ошибки медицинского персонала скорой и неотложной помощи // Скорая медицинская помощь. – 2017. - № 11. –С. 62-74.
2. Загидуллин Н.Ш., Загидуллин Ш.З., Фархутдинов У.З. Синдром абдоминальной боли: учебное пособие. – Уфа.: ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2016. – 83 с.
3. Макухина Т.Б., Пенжоян Г.А. Внематочная беременность: анализ изменений структуры факторов риска, диагностических и лечебных алгоритмов как инструмент снижения репродуктивных потерь // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2019. - № 7(2). – С. 51–58.
4. Расхождение диагнозов скорой медицинской помощи и стационаров в городе Екатеринбурге / Хусаинова Д.Ф., Соколова Л.А., Давыдова Н.С. и др. // Скорая медицинская помощь. – 2021. - № 3. – С. 21-27.
5. Лиознов Д.А. Клинические рекомендации (протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при диарее инфекционного генеза. Клинические рекомендации. – М., 2018. – 17 с.

Сведения об авторах

Р.Д. Орлов – ординатор

Д.Ф. Хусаинова – кандидат медицинских наук, доцент

Л.А. Соколова – доктор медицинских наук, профессор

Е.В. Рузанов – заместитель главного врача

Information about the authors

R.D. Orlov – postgraduate student

D.F. Khusainova – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

L.A. Sokolova – Doctor of Medicine, Professor

E.V. Ruzanov – Deputy Head Doctor