

5. Meza Monge, K. Navigating Hemorrhagic Shock: Biomarkers, Therapies, and Challenges in Clinical Care / K. Meza Monge, C. Rosa, C. Sublette //Biomedicines. – 2024. – Т. 12. – №. 12. – С. 2864.
6. Markl – Le – Lev, E. A. Fluid management in hemorrhagic shock / E.A. Markl – Le – Lev, I. Haller, M. Bachler //Current Opinion in Anesthesiology. – 2025. – С. 10.1097.
7. Transfusion of blood and blood products for the management of postpartum haemorrhage / C.R. Williams, H.E. Huffstetler, A.S. Nyamtema, L [et al.] //Cochrane Database of Systematic Reviews. – 1996. – Т. 2025. – №. 2.

Сведения об авторах

В.В. Кузнецова – ординатор

А.В. Куликов* – доктор медицинских наук, профессор

А.А. Матковский – кандидат медицинских наук, доцент

И.А. Матковский – студент

Information about the authors

V.V. Kuznetsova – Postgraduate student

A.V. Kulikov* – Doctor of Sciences (Medicine), Professor

A.A. Matkovsky – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

I.A. Matkovsky – student

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

kulikov1905@yandex.ru

УДК 616 – 082:616 – 07

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ РАСХОЖДЕНИЯ ДИАГНОЗОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ланге Катарина – Виктория Франк – Александеровна, Хусаинова Диляра Феатовна

Кафедра госпитальной терапии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Частота совпадения или расхождения диагнозов, установленных на разных этапах госпитализации, является важным показателем, отражающим качество диагностики. Данный показатель зависит от многих факторов, в том числе человеческого. **Цель исследования** – анализ расхождений диагнозов на догоспитальном и госпитальном этапах. **Материал и методы.** Проведено одномоментное ретроспективное исследование 30 больных, госпитализированных в ГКБ №40, доставленных бригадой скорой медицинской помощи в период с 15.02.25 г. по 12.03.25 г. Материал исследования – сопроводительные листы скорой медицинской помощи (форма 114/у) и медицинские карты стационарных пациентов (форма 003/у). Для проведения исследования использовались такие показатели, как: число случаев совпадения и расхождения предварительного и клинического диагнозов. **Результаты.** Анализ расхождений диагнозов проведен между этапом СМП и приемным отделением, между СМП и РАО, между приемным отделением и клиническим диагнозом. В процессе анализа сравнивались два указанных потока больных с целью выявления качества диагностики. При сравнении диагнозов приемного отделения и РАО, они почти всегда совпадали, когда пациент поступал в отделение реанимации сразу из приемного покоя, однако, когда пациент поступал в РАО после лечения в профильном отделении, состояние тяжести пациента ухудшалось и присоединялась полиорганная недостаточность. **Выводы.** Анализ расхождения диагнозов между догоспитальным и госпитальным этапами необходим для оптимизации качества медицинской помощи и совершенствования клинической диагностики на этапе СМП. Выявлено 9 случаев (30%) расхождения диагноза между этапами оказания медицинской помощи. Наиболее точно на этапе СМП выставлялся диагноз острого нарушения мозгового кровообращения и с определением степени тяжести инсульта (шкала LAMS) и с оценкой степени инвалидизации (шкала Рэнкина) – 4 чел. (57%). Сложность в диагностике на этапе СМП составляют пациенты с абдоминальной патологией.

Ключевые слова: диагноз, догоспитальный этап, госпитальный этап, скорая медицинская помощь.

CLINICAL ANALYSIS OF THE FREQUENCY OF DISCREPANCIES IN DIAGNOSES AT THE PREHOSPITAL AND HOSPITAL STAGES OF MEDICAL CARE

Lange Katarina – Victoria Frank – Alexanderovna, Husainova Dilyara Featovna

Department of Hospital Therapy

Ural State Medical University

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. The frequency of coincidence or discrepancy between diagnoses established at different stages of hospitalization is an important indicator reflecting the quality of diagnostics. This indicator depends on many factors, including human ones. **The aim of the study** was to analyze discrepancies in diagnoses at the prehospital and hospital stages. **Material and methods.** A one – stage retrospective study of 30 patients hospitalized in City Clinical Hospital №40, delivered by an ambulance in the period from 15.02.25 to 12.03.25. The study material is accompanying sheets of ambulance care (form 114/u) and medical records of inpatients (form 003/u). For the study, the following indicators were used: the number of cases of coincidence and discrepancy between preliminary and clinical diagnoses. **Results.** The analysis of discrepancies in diagnoses was carried out between the EMS stage and the admission department, between the EMS and the RAO, between the admission department and the clinical diagnosis. In the process of analysis, the two specified flows of patients were compared in order to identify the quality of diagnostics. When comparing diagnoses of the admission department and the emergency department, they almost always coincided when the patient was admitted to the intensive care unit directly from the emergency room, however, when the patient was admitted to the emergency department after treatment in the specialized department, the patient's condition worsened and multiple organ failure was added. **Conclusions.** Analysis of discrepancies in diagnoses between the prehospital and hospital stages is necessary to optimize the quality of medical care and improve clinical diagnostics at the emergency medical care stage. Nine cases (30%) of discrepancies in diagnosis between the stages of medical care were identified. The most accurate diagnosis at the emergency medical care stage was acute cerebrovascular accident and with determination of the severity of stroke (LAMS scale) and with assessment of the degree of disability (Rankine scale) – 4 people (57%). Difficulty in diagnosis at the emergency medical care stage is patients with abdominal pathology.

Keywords: diagnosis, pre – hospital stage, hospital stage, emergency medical care.

ВВЕДЕНИЕ

Одним из показателей, характеризующих качество диагностики, а в конечном итоге и качество лечения больных, является показатель частоты совпадения или расхождения диагнозов на этапах их госпитализации [1]. Данный показатель зависит от многих факторов, в том числе от: полноты и характера проведенных исследований на догоспитальном и госпитальном этапах лечения; уровня профессиональной подготовки врачей и средних медицинских работников, принимавших участие в обследовании больных на всех этапах их госпитализации; атипичного течения основного и сопутствующих заболеваний у госпитализированных; полноты проведенных консультаций врачами других специальностей больных на догоспитальном и госпитальном этапах; обеспеченности амбулаторно – поликлинических и стационарных учреждений врачами – специалистами; оснащенности лечебно – профилактических учреждений современным лабораторным и диагностическим оборудованием, аппаратурой и др. [2,3,4].

Согласно пункту 5 ст. 70 Федерального закона (№323 – ФЗ) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», именно лечащий врач устанавливает диагноз, который основан на всестороннем обследовании пациента и составлен с использованием медицинских терминов; он является медицинским заключением о заболевании (состоянии) пациента, в том числе послужившим причиной смерти [5].

Цель исследования – анализ расхождений диагнозов на догоспитальном и госпитальном этапах.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено одномоментное ретроспективное исследование 30 больных, госпитализированных в ГКБ №40 (далее в процессе лечения переведенные в отделение реанимации и анестезиологии № 5 (РАО № 5), доставленных бригадой скорой медицинской помощи (СМП) в период с 15.02.25 г. по 12.03.25 г. Материалом для исследования послужили сопроводительные листы скорой медицинской помощи (форма 114/у) и медицинские карты стационарных пациентов (форма 003/у). Среди них 19 мужчин и 11 женщин возрастом от 36 до 90 лет. Средний возраст мужчин – 68 лет, женщин – 63 года. Для проведения исследования использовались такие показатели, как: число случаев совпадения и расхождения предварительного и клинического диагнозов.

Анализ материалов проводился с помощью программы Microsoft Excel 2017. Дискретные данные представлены в виде общего числа и процентного соотношения. Количественные величины представлены, как среднее $\pm$ стандартное отклонение.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Рассмотрены диагнозы приемного и реанимационного отделения ГАУЗ СО ГKB № 40 тридцати пациентов, доставленных бригадами СМП. Пациенты попадали в РАО сразу из приемного отделения в связи с тяжелой и крайне тяжелой степенями тяжести – 19 пациентов, либо через 1 – 5 дней из отделений: общей хирургии (1 ХО), колопроктологии (3 ХО), гнойной хирургии (4 ХО), урологии, неврологии, эндокринологии – 11 пациентов.

Анализ расхождений диагнозов проведен между этапом СМП и приемным отделением, между СМП и РАО, между приемным отделением и клиническим диагнозом. В процессе анализа сравнивались два указанных потока больных с целью выявления качества диагностики.

Расхождение диагнозов СМП выявлялось с помощью анализа возвращенных отрывных талонов сопроводительного листа.

Из 30 пациентов диагноз СМП и госпитального этапа расходился в 9 случаях (30%): в основном, когда на этапе СМП выставлялся диагноз острый панкреатит (на основании только клинических проявлений, таких как интенсивный не купируемый болевой синдром опоясывающего характера, неукротимая рвота, вздутие живота; анамнестическое употребление алкоголя, острой пищи или наличие желчекаменной болезни; а на стационарном этапе после проведения инструментальных и лабораторных методов устанавливали следующие диагнозы – злокачественное новообразование поджелудочной железы, спаечная тонкокишечная непроходимость (2 случая), постхолецистэктомический синдром (холедохолитиаз).

Диагноз острый холецистит, механическая желтуха на догоспитальном этапе оказывался на этапе стационара: злокачественное новообразование поджелудочной железы. Холангит, механическая желтуха.

На этапе СМП диагноз сахарный диабет 2 типа (СД), декомпенсация, гипергликемия на этапе стационара подтверждали тромбоэмболию легочной артерии, СД 2 типа.

Непроходимость кишечника, гиповолемический шок диагностировали сотрудники СМП, однако в стационаре оказалась перфорация полого органа, перитонит.

На этапе СМП зарегистрирован гипертонический криз, купирован, в сопутствующих заболеваниях хроническая болезнь почек (ХБП) ХБП 5 ст., системный гемодиализ, в стационаре пациента ведут с диагнозом ХБП 5 ст.

Во всех случаях расхождения диагноза сотрудниками бригады СМП определена правильная тактика в отношении больных, все больные доставлены в многопрофильный стационар. На догоспитальном этапе имеется возможность опираться только на клиническую картину заболевания, поэтому в стационаре после дообследования и дополнения к клинической картине данных инструментальных и лабораторных методов исследования диагноз изменяется или дополняется.

Проводимая на этапе СМП терапия пациентам в связи с выставленным диагнозом, не ухудшила их состояние заболеванию, которое подтвердилось в стационаре.

Обращает на себя внимание, что сотрудниками СМП правильно выставлялся диагноз острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) с определением по шкалам Рэнкин и LAMS в 4 случаях из 9 (57%) (Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 25.05.2023 № 1156 – п "Об организации оказания медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения на территории Свердловской области" (Зарегистрирован 30.05.2023 № 257), все диагнозы подтвердились в стационаре после дообследования. Хотелось бы подчеркнуть, что пациентке с ОНМК на этапе СМП подозрения на менингоэнцефалит, диагноз которого был подтвержден в стационаре.

При сравнении диагнозов приемного отделения и РАО, они почти всегда совпадали, когда пациент поступал в отделение реанимации сразу из приемного покоя, однако, когда пациент поступал в РАО после лечения в профильном отделении, состояние тяжести пациента ухудшалось и присоединялась полиорганная недостаточность.

ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ расхождения диагнозов между догоспитальным и госпитальным этапами оказания медицинской помощи необходим для выявления диагностических ошибок с целью повышения качества лечебно – диагностического процесса, для определения причины расхождения диагнозов, для оценки состояния диагностики на каждом из этапов, для изучения преемственности оказания медицинской помощи.

ВЫВОДЫ

1. Анализ расхождения диагнозов между догоспитальным и госпитальным этапами необходим для оптимизации качества медицинской помощи и совершенствования клинической диагностики на этапе СМП.

2. Выявлено 9 случаев (30%) расхождения диагноза между этапами оказания медицинской помощи.

3. Наиболее точно на этапе СМП выставлялся диагноз острого нарушения мозгового кровообращения и с определением степени тяжести инсульта (шкала LAMS) и с оценкой степени инвалидизации (шкала Рэнкина) – 4 чел. (57%).

4. Сложность в диагностике на этапе СМП составляют пациенты с абдоминальной патологией.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Абакарова, Г. Г. Частота расхождений диагнозов на этапах госпитализации больных с патологией органов пищеварения/ Г.Г. Абакарова //Медицинский вестник Башкортостана. – 2008. – Т. 3. – №. 2. – С. 12 – 14.
2. Сычугов, Г.В. Анализ неправильной формулировки заключительного клинического диагноза / Г.В. Сычугов, А.С. Дивисенко, И.Н. Шиман // Вестник Северо – Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2016. – Том 8, № 1. – С. 117–122.
3. Кактурский, Л. В. Клинико – анатомические сопоставления в оценке качества медицинской помощи / Л. В. Кактурский, О.В. Зайратьянц // Судебная медицина. – 2019. – Т. 5. – №. 2. – С. 4 – 10.
4. Зайратьянц, О. В. Унифицированные требования к структуре диагноза с позиций совершенствования национальной статистики заболеваемости и причин смертности населения/ О. В. Зайратьянц, П. Г. Мальков // Архив патологии. – 2016. – Т. 78. – №. 1. – С. 32 – 35.
5. Министерство Здравоохранения Российской Федерации. Федеральный закон № 323 – ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" – 2011. URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025> (Дата обращения 20.03.25) Текст: электронный

Сведения об авторах

К.–В.Ф.–А. Ланге*– студент

Д.Ф. Хусаинова – кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors

K.–V. F.–A. Lange*– Student

D.F. Husainova – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

k – lange@list.ru

УДК: 378.147.88

ОЛИМПИАДНОЕ ДВИЖЕНИЕ. ВЗГЛЯД СТУДЕНТОВ УРАЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Ланге Катарина – Виктория Франк – Александровна, Хусаинова Диляра Феатовна

Кафедра госпитальной терапии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Олимпиадное движение в медицинском ВУЗе – неотъемлемый аспект студенческой жизни. Согласно статье 77 главы 11 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации», олимпиады организуются для выявления и поддержки талантливых студентов. В условиях цифровизации и глобализации олимпиадное движение имеет большие перспективы для развития. Оно способно стать основой для интеграции вуза в международное образовательное пространство и создания новой образовательной среды, которая отвечает вызовам XXI века. **Цель исследования** – оценить заинтересованность студентов УГМУ в олимпиадах различного уровня и провести анализ олимпиадной деятельности студентов, как профессионально ориентированной среды. **Материал и методы.** Проведено эпидемиологическое одномоментное исследование в марте 2025 г. среди студентов 1 – 6 курсов Уральского государственного медицинского университета. В опросе участвовали 85 респондентов возрастом от 18 до 32 лет, средний возраст – 21 год. Из них 62 девушки (72,9%) и