Литература

1. ГОСТ Р 52845-2007. Напитки слабоалкогольные то-низирующие. ОТУ. – Введ. 2009.01.01. – М.: ФГУП «Стандартформ», 2008. – 8 с.
2. Юшук, Н. Д. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний / Н. Д. Юшук, И. В. Маев, К. Г. Гуревич. – М., 2012. – 649 с.
3. Boyle, M. Monster on the loose / M. Boyle, V. D. Cas-tillo // *Fortune*. – 2006. – Vol. 154. – P. 116–122.

References

1. GOSTR 52845-2007 Napitkislaboalkogolnyetoniziruyus hchiye. OTU. – Vved. 2009.01.01. – M.: FGUP «Stand-artform», 2008 – 8 p.
2. Yushchuk N. D., Mayev I. V., Gurevich K. G. Zdorovy obraz zhizni i profilaktika zabolevaniy. Moskva; 2012. 649 p.

**ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ ПОЗИЦИИ УЧАЩЕЙСЯ
МОЛОДЕЖИ ГОРОДА КРАСНОДАРА
В ОТНОШЕНИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ
ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ**
Д. А. ГУБАРЕВА

Представлены результаты социологического опроса отношения учащейся молодежи города Краснодара к проблеме употребления энергетических напитков. Изучены причинно-следственные связи и предпосылки потребления энерготоников, установлены характерные черты и сформирован социологический портрет потребителей энергетиков.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, энергетические напитки, вредные привычки, факторы риска, энерготоники

4. Hasler Clare, M. Functional foods: benefits, concerns and challenges – a position paper from American council on science and health / M. Hasler Clare // *Journal of Nutrition*. – 2002. – Vol. 132. – P. 3772–3781.
5. Tomaszewski, C. Effect of acute ethanol ingestion on orthostatic vital signs / C. Tomaszewski, D. M. Cline, T. W. Whitley, T. Grant // *Annals of Emergency Medicine*. – 1995. – P. 636–641.

3. Boyle M., Castillo V. D. *Fortune*. 2006;154:116-122.

4. Hasler Clare, M. *Journal of Nutrition*. 2002;132:3772-3781.

5. Tomaszewski C., Cline D. M., Whitley T. W., Grant T. *Annals of Emergency Medicine*. 1995:636-641.

**EXPERIENCE STUDY
OF KRASNODAR STUDENTS
ATTITUDE TO POWER
DRINKS CONSUMPTION**
GUBAREVA D. A.

The results of the sociological poll concerning then problem of the energy drinks consumption by students of Krasnodar city has been reported. Causation and prerequisites of power tonics consumption along with common features and sociological portrait of consumers were studied.

Key words: healthy lifestyle, power drinks, bad habits, risk factors, power tonics

© Коллектив авторов, 2014

УДК 616.757.7-007.681

DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2014.09020>

ISSN – 2073-8137

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С КОНТРАКТУРОЙ ДЮПЮИТРЕНА В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ (ПО ДАННЫМ ВНЕВЕДОМСТВЕННОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ)

Д. А. Бугаев¹, В. Я. Горбунков¹, Н. Н. Иванов²

¹ Ставропольский государственный медицинский университет

² Ингосстрах-М, ЭМЭСК, Ставрополь

Контрактура Дюпюитрена – хроническое, прогрессирующее заболевание ладонного апоневроза, неизбежно

приводящее к нарушению функции кисти. Частота рассматриваемого заболевания составляет до 11,8 % всех заболеваний кисти [14]. Несмотря на применение многочисленных комплексов консервативного лечения, в том числе с использованием локальной инъекционной терапии [17, 19, 20], ни один из них нельзя считать эффективным [11]. В большинстве работ, посвященных контрактуре Дюпюитрена, отражен опыт оперативного лечения в условиях специализированных центров и отделений хирургии кисти [5, 13]. Также имеются положительные результаты хирургического лечения заболевания и в амбулаторно-поликлинических условиях [1, 9]. Наиболее часто от-

Бугаев Дмитрий Александрович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры поликлинической хирургии Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: +79097605714; e-mail: dimairabu@rambler.ru

Горбунков Виктор Яковлевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой поликлинической хирургии Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: (8652)370690

Иванов Николай Николаевич, заместитель директора, начальник отдела организации экспертизы качества ООО СК Ингосстрах-М – ЭМЭСК, г. Ставрополь; тел.: (8652)560668

естественными хирургами для оперативного лечения используется методика «открытая ладонь и пальцы» [1, 2, 3, 8].

Результаты оперативного лечения контрактуры Дюпюитрена во многом зависят от степени заболевания, при которой выполнено хирургическое вмешательство. К сожалению, многие пациенты обращаются за медицинской помощью при III и IV степени заболевания, когда операция сопряжена с рядом технических трудностей [4]. По мере увеличения степени контрактуры и, особенно, при вовлечении в патологический процесс проксимального межфалангового сустава, меняется топография сосудисто-нервных пучков, что предрасполагает к их ятрогенному повреждению. Частота регистрируемых осложнений оперативного лечения (повреждение сосудисто-нервных пучков, нагноения и некрозы, гематомы) варьирует от 5,1 до 37,6 % [3, 7, 10].

При применении оперативных методик лечения частота рецидивов также остается достаточно высокой [3, 16, 18]. При малоинвазивных методиках апоневротомии, используемых рядом хирургов [15, 18], может достигать 100 % [11]. Развитие рецидивов существенно зависит от степени заболевания, при которой выполнено оперативное вмешательство, и чаще всего регистрируется при IV степени [12].

Как один из вариантов повышения качества медицинской помощи при контрактуре Дюпюитрена можно рассматривать создание регистров, учитывающих квалификацию хирурга, особенности выполненной операции, объем восстановительного лечения и позволяющих отслеживать отдаленные результаты лечения [6].

Цель исследования – изучить структуру лечебно-диагностических ошибок у пациентов с контрактурой Дюпюитрена, госпитализированных в лечебные учреждения (ЛПУ) Ставропольского края для оперативного лечения.

Материал и методы. Работа основана на результатах тематической экспертизы качества медицинской помощи больным с контрактурой Дюпюитрена, находившихся на лечении в ЛПУ Ставропольского края в 2011–2013 гг. На основании реестров, поданных ЛПУ для оплаты законченных случаев медицинской помощи, получено 44 карты стационарных больных с кодом МКБ X – M 72.0 (ладонный фасциальный фиброматоз [Дюпюитрена]). Критерии включения в исследование: соответствие заключительного клинического диагноза заявленному в реестре коду M 72.0, выполнение оперативного вмешательства. Из дальнейшего исследования исключено 9 случаев, не соответствующих указанным критериям.

Вневедомственная экспертиза качества медицинской помощи проведена по единой методике, утвержденной нормативными документами фонда обязательного медицинского страхования и медицинской страховой компании. Согласно методике, процесс оказания медицинской помощи делится на этапы: сбора информации, постановки диагноза, лечения и преемственности. Для ошибок, выявленных на каждом из этапов, определяются негативные следствия: для социальных ресурсов, ресурсов

здравоохранения, процесса оказания медицинской помощи, оценки процесса медицинской помощи и т. д. В экспертном заключении указывается ранг наиболее значимой ошибки.

Результаты и обсуждение. В исследуемой группе пациентов преобладали мужчины (n=35; 85,7 %). Возраст больных варьировал от 35 до 73 лет, средний возраст составил $54,1 \pm 10,3$ лет. Для оперативного лечения чаще госпитализировались жители городов (n=26; 74,3 %). Социальная структура пациентов была следующая: рабочие производств 31,4 % (n=11), пенсионеры 22,9 % (n=8), служащие 17,1 % (n=6), неработающие 14,3 % (n=5), рабочие сельского хозяйства 5,7 % (n=2). В 8,6 % (n=3) случаях информации о занятости пациента в истории болезни не было. Достоверной разницы между поражением левой и правой кисти не отмечено ($t < 2$). Двусторонняя локализация была у 4 (11,4 %) пациентов. Распределение по степени заболевания было следующее: II – 8,6 % (n=3), III – 48,6 % (n=17), IV – 5,7 % (n=2). В 37,1 % (n=13) случаев степень заболевания не указана. У 62,9 % (n=22) больных было поражено 2 и более пальца. Длительность стационарного лечения варьировала от 3 до 21 дня. Средний койко-день составил $12,9 \pm 4,3$. Достоверной разницы в сроках стационарного лечения между центральными районными больницами, городскими больницами и ЛПУ краевого уровня не установлено ($t < 2$). Для оперативного вмешательства в 54,3 % (n=19) использовано общее обезболивание, в остальных 45,7 % (n=16) – местная анестезия. Во всех случаях выполнена апоневрэктомия. Осложнения в послеоперационном периоде документально зарегистрированы у 5,7 % (n=2) больных: формирование гематомы; гангрена 5 пальца, потребовавшая выполнения ампутации пальца.

В процессе экспертизы выявлено 334 различные лечебно-диагностические ошибки. Из них на этапе сбора информации – 49,3 % (n=164); постановки диагноза – 18,3 % (n=61); лечения – 23,4 % (n=78); преемственности – 9,0 % (n=31). Структура ошибок была следующей. На этапе сбора информации: ошибки сбора анамнеза заболевания – 23,2 % (n=38); ошибки описания локального статуса – 50,0 % (n=82); не выполнены показанные консультации врачей-специалистов – 8,5 % (n=14); не выполнены необходимые лабораторные исследования – 9,8 % (n=16); неверно определена группа риска венозных тромбоэмболических осложнений – 3,0 % (n=5); прочие ошибки оформления первичной медицинской документации – 5,5 % (n=9).

Из-за ошибок описания локального статуса (не указана величина ограничения разгибания пальцев в градусах) в 39,3 % (n=24) случаев было невозможно оценить соответствие указанной в заключительном диагнозе степени заболевания клиническим данным. В 27,9 % (n=17) случаев в диагнозе не указаны пораженные пальцы, в 21,4 % (n=13) – степень заболевания, 9,8 % (n=6) – сопутствующие заболевания, 1,6 % (n=1) – поражение второй кисти.

Наиболее значимыми считаем ошибки этапа лечения. В 64,1 % (n=50) случаев зарегистриро-

ваны ошибки профилактики венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), связанные как с медикаментозной профилактикой (не назначены антикоагулянты у пациентов с высоким риском ВТЭО), так и механической (независимо от степени риска ВТЭО не применена эластичная компрессия нижних конечностей). Прочие ошибки медикаментозной терапии составили 12,8 % (n=10). Показанное в послеоперационном периоде физиолечение не проведено у 18 больных – 23,1 % ошибок этапа лечения.

Все ошибки этапа преемственности (n=31; 100 %) обусловлены отсутствием в выписном эпикризе рекомендаций по необходимому объему восстановительного и противорецидивного лечения в условиях поликлиники. Как правило, были указаны сроки снятия швов и общие рекомендации о необходимости проведения курса физиолечения и лечебной физкультуры в послеоперационном периоде без какой-либо дополнительной детализации (n=24; 68,6 %). В 82,8 % (n=29) случаев пациенты выписаны под наблюдение хирурга поликлиники, а не ортопеда-травматолога. Только одному больному был рекомендован плановый осмотр по месту оперативного лечения.

По рангу ошибки были распределены следующим образом: II (ошибки, создавшие риск прогрессирования имеющегося заболевания или нового патологического процесса) – 65,7 % (n=23); III (ошибки, повлекшие ненадлежащее использование ресурсов, но не повлиявшие на состояние здоровья застрахованного лица) – 28,6 % (n=10); IV (ошибки, не повлиявшие на ресурсы здравоохранения, состояние пациента, но затруднившие процесс оказания медицинской помощи и его оценку) – 5,7 % (n=2). Ошибок I

ранга (повлекших смерть или инвалидизацию пациента) не зарегистрировано.

Закключение. Для оперативного лечения в ЛПУ края госпитализируются преимущественно мужчины (t>3) трудоспособного возраста, являющиеся городскими жителями (t>3). При этом преобладают пациенты с III степенью заболевания и одновременным поражением 2 и более пальцев (t>3). При выполнении апоневрэктомии в равной мере используется как общее обезболивание, так и местная анестезия (t<2).

Результаты вневедомственной экспертизы указывают на низкий уровень качества медицинской помощи пациентам с контрактурой Дюпюитрена независимо от уровня ЛПУ. В каждом случае ошибки носят множественный характер. При этом преобладают ошибки II ранга (t>3). Учитывая, что большинство пациентов прооперированы при III и IV степени заболевания, следует признать неэффективной работу амбулаторно-поликлинического звена, которое своевременно не выявляет и не направляет пациентов с контрактурой Дюпюитрена на оперативное лечение.

Данное обстоятельство требует разработки организационных мер по улучшению качества медицинской помощи больным с контрактурой Дюпюитрена на региональном уровне. Одной из таких мер следует считать создание регистра больных и проведение консультативного приема профильных пациентов на клинических базах профильных кафедр университета. В работу стационарных лечебных учреждений необходимо внедрить унифицированные формы первичного осмотра и протоколов операций пациентов с контрактурой Дюпюитрена, что позволит повысить качество медицинской помощи и обработку клинических результатов.

Литература

1. Бадиков, А. В. Оперативное лечение контрактуры Дюпюитрена методом «открытая ладонь» / А. В. Бадиков, А. И. Целищева, Ю. И. Питенин // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. – 2004. – № 1–2. – С. 40–41.
2. Варенцев, Ю. А. Хирургическое лечение контрактуры Дюпюитрена методом «открытая ладонь и пальцы» / Ю. А. Варенцев, С. Н. Березуцкий, А. Н. Метелкин, В. Е. Кожурова // Тезисы докладов I Международного конгресса «Современные технологии диагностики, лечения и реабилитации при повреждениях и заболеваниях верхней конечности». – М., 2007. – С. 239.
3. Губочкин, Н. Г. Избранные вопросы хирургии кисти / Н. Г. Губочкин, В. М. Шаповалов. – СПб., 2000. – 111 с.
4. Губочкин, Н. Г. Хирургическое лечение больных с контрактурой Дюпюитрена с позиций микрохирургии / Н. Г. Губочкин // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. – 2002. – № 3. – С. 14–17.
5. Коршунов, В. Ф. Оперативное лечение тяжелых форм контрактуры Дюпюитрена / В. Ф. Коршунов, Д. А. Магдиев, И. Г. Чуловская // Травматология и ортопедия России (приложение). – 2008. – № 2. – С. 38–39.
6. Магомедов, Р. О. Результаты оперативного лечения болезни Дюпюитрена по данным регистра по республике Татарстан / Р. О. Магомедов, Г. И. Миксуев, И. Е. Миксуев, Р. Ф. Байкеев, А. Е. Никитина // Травматология и ортопедия России (приложение). – 2008. – № 2. – С. 46.
7. Магомедов, Р. О. Профилактика осложнений хирургического лечения контрактуры Дюпюитрена / Р. О. Магомедов, Г. И. Миксуев, И. Е. Миксуев, Р. Ф. Байкеев, Р. Ф. Хабибуллин // Практическая медицина. – 2011. – № 5. – С. 72–75.
8. Мигулева, И. Ю. Применение метода «открытой ладони» для устранения контрактуры пальцев при болезни Дюпюитрена / И. Ю. Мигулева // III Всероссийский съезд кистевых хирургов, II Международный конгресс «Современные технологии диагностики, лечения, реабилитации при повреждениях и заболеваниях верхней конечности»: тезисы докладов. – М., 2010. – С. 67.
9. Петкевич, Е. А. Хирургические вмешательства при контрактуре Дюпюитрена в амбулаторных условиях / Е. А. Петкевич, А. Н. Тепляков // III Всероссийский съезд кистевых хирургов, II Международный конгресс «Современные технологии диагностики, лечения, реабилитации при повреждениях и заболеваниях верхней конечности»: тезисы докладов. – М., 2010. – С. 81–82.
10. Сиваконь, С. В. Комплексное хирургическое лечение контрактуры Дюпюитрена / С. В. Сиваконь // Анналы хирургии. – 2005. – № 1. – С. 63–71.
11. Толстик, А. Н. Болезнь Дюпюитрена: современное состояние проблемы / А. Н. Толстик, В. П. Дейкало // Травматология и ортопедия. – 2004. – № 2. – С. 73–79.
12. Толстик, А. Н. Изменения структур ладонно-пальцевой фасции при болезни Дюпюитрена // Новости хирургии. – 2005. – № 1–4. – С. 60–64.
13. Федутинов, Д. А. Хирургическое лечение контрактуры Дюпюитрена / Д. А. Федутинов, А. В. Федутинов, Р. А. Замальдинов, Р. Б. Каргин, А. П. Асташкин // Сборник тезисов IX съезда травматологов-ортопедов: Том III. – Саратов, 2010. – С. 11–49.
14. Шапиро, К. И. Медико-социальные аспекты травм и заболеваний кисти у взрослых в Санкт-Петербурге / К. И. Шапиро // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. – 2002. – № 3. – С. 3–4.
15. Шапошников, В. И. Фиброфасциотомия при контрактуре Дюпюитрена / В. И. Шапошников // Хирургия. – 2000. – № 9. – С. 42–43.
16. Armstrong, J. Dermofasciectomy in the management of Dupuytren's disease / J. Armstrong, J. Hurren, A. Logan // J. Bone Joint Surg.Br. – 2000. – № 1. – P. 90–94.

17. Badalamente, M. Collagen as a clinical target: nonoperative treatment of Dupuytren's disease / M. Badalamente, L. Hurst, V. Hentz // J. Hand. Surg. – 2002. – № 5. – P. 788–798.
18. Foucher, G. Percutaneous needle aponeurotomy. Complications and results / G. Foucher, J. Medina, R. Navarro // Chir. Main. – 2001. – № 3. – P. 206–211.

References

1. Badikov A. V., Celishheva A. I., Pitenin Ju. I. *Ambulatornaja hirurgija. Stacionarozameshhajushhie tehnologii. – Out-patient surgery.* 2004;1-2:40-41.
2. Varencev Ju. A., Berezuckij S. N., Metelkin A. N., Kozhurova V. E. Hirurgicheskoe lechenie kontraktury Djupjuitrena metodom «otkrytaja ladon' i pal'cy». Tezisy dokladov I mezhdunarodnogo kongressa «Sovremennye tehnologii diagnostiki, lechenija i rehabilitacii pri povrezhdenijah i zabolevanijah verhnjej konechnosti». Moskva; 2007. 239 p.
3. Gubochkin N. G., Shapovalov V. M. Izbrannye voprosy hirurgii kisti. SPb; 2000. 111 p.
4. Gubochkin N. G. *Ambulatornaja hirurgija. Stacionarozameshhajushhie tehnologii. – Out-patient surgery.* 2002;3:14-17.
5. Korshunov V. F., Magdiev D. A., Chulovskaja I. G. *Travmatologija i ortopedija Rossii (prilozhenie). – Traumatology and orthopedics of Russia.* 2008;2:38-39.
6. Magomedov R. O., Miksuev G. I., Miksuev I. E., Bajkeev R. F., Nikitina A. E. *Travmatologija i ortopedija Rossii (prilozhenie). – Traumatology and orthopedics of Russia.* 2008;2:46.
7. Magomedov R. O., Miksuev G. I., Miksuev I. E., Bajkeev R. F., Habibulin R. F. *Prakticheskaja medicina. – Applied medicine.* 2011;5:72-75.
8. Miguleva I. Ju. Primenenie metoda «otkrytoj ladoni» dlja ustraneniya kontraktury pal'cev pri bolezni Djupjuitrena. III Vserossijskij sezd kistevyh hirurgov, II Mezhdunarodnyj kongress «Sovremennye tehnologii diagnostiki, lechenija, rehabilitacii pri povrezhdenijah i zabolevanijah verhnjej konechnosti»: tezisy dokladov. Moskva; 2010. P. 67.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С КОНТРАКТУРОЙ ДЮПЮИТРЕНА В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ (ПО ДАННЫМ ВНЕВЕДОМСТВЕННОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ)

Д. А. БУГАЕВ, В. Я. ГОРБУНКОВ, Н. Н. ИВАНОВ

Изучена структура лечебно-диагностических ошибок оказания медицинской помощи на результатах тематической экспертизы качества у госпитализированных 35 больных с контрактурой Дюпюитрена при наличии III степени заболевания и одновременным поражением двух и более пальцев. В процессе экспертизы выявлено 334 различные лечебно-диагностические ошибки: на этапе сбора информации – 49,3 %, постановки диагноза – 18,3 %, лечения – 23,4 %, преемственности – 9,0 %. Результаты вневедомственной экспертизы указывают на низкий уровень качества медицинской помощи. В каждом случае ошибки носят множественный характер, преобладают ошибки II ранга. Данное обстоятельство требует разработки организационных мер по улучшению качества медицинской помощи больным с контрактурой Дюпюитрена.

Ключевые слова: контрактура Дюпюитрена, качество медицинской помощи, вневедомственная экспертиза

19. Jemec, B. The effect of 5-fluorouracil on Dupuytren fibroblast proliferation and differentiation / B. Jemec, C. Linge, A. Grobbelaar // Chir. Main. – 2000. – № 1. – P. 15–22.
20. Ketchum, L. The injection of nodules of Dupuytren's disease with triamcinolone acetonide / L. Ketchum, T. Donahue // J. Hand. Surg. – 2001. – № 3. – P. 560–561.

9. Petkevich E. A., Tepljakov A. N. Hirurgicheskie vmeshatel'stva pri kontraktуре Djupjuitrena v ambulatornyh uslovijah. III Vserossijskij sezd kistevyh hirurgov, II Mezhdunarodnyj kongress «Sovremennye tehnologii diagnostiki, lechenija, rehabilitacii pri povrezhdenijah i zabolevanijah verhnjej konechnosti»: tezisy dokladov. Moskva; 2010. P. 81-82.
10. Sivakon' S. V. *Annaly hirurgii. – Surgery annals.* 2005;1:63-71.
11. Tolstik A. N., Dejkalo V. P. *Travmatologija i ortopedija. – Traumatology and orthopedics.* 2004;2:73-79.
12. Tolstik A. N., Dejkalo V. P. *Novosti hirurgii. – Surgery news.* 2005;1-4:60-64.
13. Fedutinov D. A., Fedutinov A. V., Zamal'dinov R. A., Kargin R. B., Astashkin A. P. Hirurgicheskoe lechenie kontraktury Djupjuitrena. Sbornik tezisev IX sezda travmatologov-ortopedov: Tom III. Saratov; 2010. P. 1149.
14. Shapiro K. I. *Ambulatornaja hirurgija. Stacionarozameshhajushhie tehnologii. – Out-patient surgery.* 2002;3:3-4.
15. Shaposhnikov V. I. *Hirurgija. – Surgery.* 2000;9:42-43.
16. Armstrong J., Hurren J., Logan A. J. *Bone Joint Surg. Br.* 2000;1:90-94.
17. Badalamente M., Hurst L., Hentz V. J. *Hand Surg.* 2002;5:788-798.
18. Foucher G., Medina J., Navarro R. *Chir. Main.* 2001;3:206-211.
19. Jemec B., Linge C., Grobbelaar A. *Chir. Main.* 2000;1:15-22.
20. Ketchum L., Donahue T. J. *Hand Surg.* 2001;3:560-561.

HOSPITAL CARE QUALITY IN PATIENTS WITH DUPUYTREN'S CONTRACTURE IN STAVROPOL REGION (ACCORDING TO THE DATA OF NON-DEPARTMENTAL EXAMINATION)

BUGAEV D. A., GORBUNKOV V. Ya., IVANOV N. N.

The structure of medical care mistakes in 35 hospital patients with Dupuytren's contracture of the the 3rd degree and two or more simultaneously affected fingers was studied. Subject examination has revealed 334 mistakes: of history taking – 49,3 % (n=164), diagnosis – 18,3 % (n=61), treatment approach – 23,4 % (n=78), continuity – 9,0 % (n=31). Results of non-departmental expertise point out the low level of medical care quality in the cases of Dupuytren's contracture. Multiple mistakes were revealed in every case. Mistakes of the 2nd rank (t>3) were predominant. This fact calls for special measures to improve the quality of diagnosis and treatment of Dupuytren's contracture.

Key words: Dupuytren's contracture, medical care quality, non-departmental expertise