

УСТАНОВЛЕНИЕ МЕСТ ДОПУЩЕНИЯ ДЕФЕКТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

З. А. Гиясов¹, Ш. Э. Исламов²

¹Кафедра судебной медицины и медицинского права Ташкентской медицинской академии, Ташкент, Республика Узбекистан

²Кафедра судебной медицины и патологической анатомии Самаркандского государственного медицинского института, Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: Статья посвящена установлению мест допущения дефектов медицинской помощи. Целью исследования явилось определение дефектов медицинской помощи в разрезе учреждений, среди специалистов различного профиля, по характеру и причинам возникновения. Материалом исследования явились заключения комиссионных судебно-медицинских экспертиз по поводу профессиональных правонарушений медицинских работников, проведенных во всех судебно-медицинских учреждениях Республики Узбекистан. При всестороннем многофакторном анализе полученных данных использовались логический, диалектический, сравнительный методы, а также сбор и изучение единичных фактов монографического описания и статистические методы. Выявлено, что дефекты медицинской помощи допускались чаще в учреждениях госпитального этапа (в центральной районной больнице, подразделениях экстренной медицинской помощи), а на догоспитальном этапе – в сельском врачебном пункте и поликлиниках. Среди специальностей дефекты чаще выявлены в деятельности акушеров-гинекологов, хирургов, педиатров. По характеру преобладали дефекты диагностики и лечения, которые в основном возникали из-за субъективных причин. Приведены данные по местам допущения в разрезе специальностей, сущности дефекта и причины возникновения.

Ключевые слова: дефект медицинской помощи, место допущения, госпитальный этап, догоспитальный этап

DETERMINATION OF PLACES OF ADMISSION OF MEDICAL CARE DEFECTS

Z. A. Giyasov, Sh. E. Islamov

Abstract: The article is devoted to determination of places of admission of medical care defects. The purpose of the study was to determine the defects of medical care in the context of institutions, among specialists in various fields, by the nature and causes of occurrence. The material of the study was the findings of the commission of forensic medical examinations about professional offenses of medical workers conducted in all forensic institutions of the Republic of Uzbekistan. With a comprehensive multivariate analysis of the data obtained, logical, dialectical, comparative methods were used, as well as the collection and study of individual facts, monographic descriptions and statistical methods. It was revealed that medical care defects were mostly committed at the stage of hospitalization in central regional hospitals, emergency medical care units and at the stage before hospitalization in rural medical aid stations and polyclinics. Among medical specialties the defects were more often revealed in the work of obstetricians-gynecologists, surgeons, pediatricians, etc. The defects in diagnosis and treatment were prevailing and they developed due to subjective causes. The data concerning medical localizations where the defects were committed, taking into consideration specialties, essence and causes of development, were presented.

Keywords: medical care defects, localizations where defects were committed, stage of hospitalization, stage before hospitalization

<http://dx.doi.org/10.19048/2411-8729-2019-5-1-29-32>

◇ ВВЕДЕНИЕ

Оказание качественной медицинской помощи населению является приоритетной задачей учреждений здравоохранения. В последние годы растет число обращений граждан в правоохранительные органы по поводу ненадлежащего оказания медицинской помощи [11].

По месту возникновения дефекты медицинской помощи (ДМП) подразделяют на дефекты догоспитального этапа (ДГЭ) и госпитального этапа (ГЭ) оказания медицинской помощи (МП), так как эти периоды отличаются друг от друга решаемыми на них задачами, спецификой, объемом лечебно-диагностической помощи, структурой медицинских учреждений и даже квалификацией (специализацией) медицинского персонала [5].

По данным отечественных исследований, ДМП на ДГЭ составляют 30 % случаев, на ГЭ – 70 %. При этом ДМП на ДГЭ были по характеру в основном диагностическими и тактическими (88 %), на ГЭ – лечебными (56,7 %) [3].

На ДГЭ осуществляется первый этап диагностики и в основном амбулаторное лечение больных с различной

патологией. Именно в этот период медицинские работники должны своевременно и правильно диагностировать серьезную патологию, требующую обязательной госпитализации [12] (хотя больные, проходящие лечение в системе первичной помощи, реже обращаются за скорой МП и нуждаются в госпитализации [9]).

К сожалению, существует проблема, когда медики имеют огромное желание оказать помощь пострадавшим, но не обладают достаточным опытом работы по оказанию экстренной МП [1, 2, 6]. Это приводит к снижению объема помощи на ДГЭ. При этом пострадавшие подвергаются дополнительному риску вследствие дефектов догоспитального лечения и диагностики, возникающих из-за субъективных и организационных причин (оставление больных на месте заболевания, неправильный выбор метода оказания экстренной помощи) [2].

Участковая служба не в состоянии осуществлять постоянный врачебный и сестринский контроль [4]. Врач поликлиники своими действиями (направлением на госпитализацию, выбором стационара) опреде-

ляет медицинскую и экономическую эффективность лечения [8, 10].

В Республике Узбекистан ранее из-за плохой укомплектованности учреждений первичной медико-санитарной помощи и из-за низкой квалификации врачей большинство больных стремились лечиться в ЦРБ, где имелись более широкие возможности для оказания МП [7].

◇ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Материалом исследования явились заключения комиссионных судебно-медицинских экспертиз (КСМЭ) по поводу профессиональных правонарушений медицинских работников, проведенных во всех судебно-медицинских учреждениях Республики Узбекистан в период с 1999 по 2010 год.

Посредством специальной компьютерной программы с использованием разработанных нами карт-анкет, включающих классифицирующие параметры (специальность медработника, характер, причина, этап ДМП и влияние его на исход), были исследованы 2890 заключений.

Изучены по протоколам КСМЭ данные первичных медицинских документов – истории болезни (ИБ), карты амбулаторного больного (АК), истории родов, истории развития новорожденного, медицинские карты ребенка, истории развития ребенка, медицинские карты прерывания беременности, карты вызова скорой медицинской помощи, протоколы патологоанатомического исследования (ПАИ) трупа (644), а также данные клинических анализов, рентгенологических и других специальных исследований.

Проанализированы также данные протоколов клинико- и поликлинико-анатомических конференций, актов ведомственных расследований, приказов руководителей органов и учреждений здравоохранения по фактам допущения ДМП.

При всестороннем многофакторном анализе полученных данных использовались логический, диалектический, сравнительный методы, а также сбор и изучение единичных фактов монографического описания и статистические методы. Статистическая обработка полученного цифрового материала произведена нами с помощью пакета анализа данных электронных таблиц Microsoft Excel 2003, был применен z-критерий с вычислением средних ошибок для средних арифметических ($M \pm m$). Степень достоверности различия вычислена на основании определения критерия Стьюдента (t), затем была определена вероятность (P) возможной ошибки. Достоверными считались различия, когда $0,01 \leq P \leq 0,05$.

◇ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе выявлено, что ДМП диагностики в разрезе лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) в основном допускались на ГЭ (71,4%) и ДГЭ (20,2%), в прочих местах – 8,4% ($P < 0,05$). При этом на ГЭ они в основном допускались в ЦРБ, городской больнице (ГБ) и родильных комплексах, подразделениях экстренной МП (ЭМП) и др.; на ДГЭ – в основном в СВП, районной поликлинике и др. Структура ДМП диагностики на различных этапах оказания МП почти не отличалась.

Вместе с тем по каждой специальности отмечались характерные для нее черты. Среди акушеров-гинекологов на ДГЭ ведущими ДМП были поздняя диагностика беременности, различных форм гестозов, а на ГЭ – нераспознавание акушерско-гинекологической, экстрагенитальной патологии (ревматизма, пороков сердца, анемии), послеродовых кровотечений, преждевременного отслоения плаценты, отхождения околоплодных вод. У хирургов лишь в единичных случаях отмечались ДМП диагностики на ДГЭ – в виде нераспознавания

острого аппендицита, кишечной непроходимости, разлитого перитонита; на ГЭ – нераспознавание и поздняя диагностика различных форм аппендицита, закрытых травм грудной и брюшной полости, разлитого гнойного перитонита. У педиатров в основном на ГЭ (в ЦРБ и городской больнице [ГБ]) – нераспознавание острых респираторных инфекций, различных форм пневмоний, легочно-сердечной недостаточности, сепсиса; на ДГЭ – также пороков сердца, анафилактического шока, кишечных инфекций.

Анализ ДМП лечения в разрезе различных ЛПУ показал, что основная масса их была допущена на ГЭ – 84,0%, на ДГЭ – 8,1% и в прочих учреждениях – 7,9% ($P < 0,05$). При этом на ГЭ они чаще допускались в подразделениях ЭМП, областной больнице (ОБ), медико-санитарной части (МСЧ), клинической больнице. На ДГЭ – в СВП, поликлиниках. Структура ДМП по характеру на различных этапах также существенно различалась. Если на ГЭ в основном преобладали дефекты хирургического лечения, ведения родов, назначения медицинских процедур, то на ДГЭ – недостатки медикаментозного лечения, дефекты назначения и проведения медицинских процедур, поздняя госпитализация. При этом у акушеров-гинекологов на ГЭ наблюдается резкое преобладание дефектов ведения родов, хирургического лечения, проведения медицинских процедур, случаев криминального аборта, а на ДГЭ – дефектов назначения и проведения медицинских процедур, а также поздняя госпитализация, недостатки лекарственной терапии. У хирургов, лишь в отдельных случаях, отмечались ДМП лечения на ДГЭ (СВП) в виде поздней госпитализации, а на ГЭ – дефекты хирургического лечения, назначения и проведения медицинских процедур, необоснованный отказ в госпитализации.

Основная масса прочих видов ДМП была допущена на ГЭ – в ЦРБ, подразделениях ЭМП, МСЧ, а также во ВТЭЖе, хотя они наблюдались и на ДГЭ (СВП, поликлиники). Структура прочих ДМП по сути на различных этапах также существенно различалась. Так, на ГЭ преобладали недостатки ведения медицинской документации, информационно-деонтологические, нарушения правил транспортировки, а на ДГЭ преобладали дефекты диспансерного наблюдения. В разрезе специальности это имело следующий вид: у акушеров-гинекологов на ГЭ – необоснованный перевод больного в другое медицинское учреждение, преждевременная выписка больного из стационара, отказ в госпитализации; на ДГЭ – позднее взятие беременной на диспансерный учет, ненадлежащий патронаж и наблюдение за беременными с патологией. У педиатров указанные виды ДМП наблюдались на ГЭ, а на ДГЭ – недостатки диспансерного наблюдения, в т.ч. за детьми из группы риска, нарушения календаря проведения прививок детям. У врачей СМП на ДГЭ – немотивированный отказ в госпитализации, неоказание МП больным, нарушение правил транспортировки больных с различными заболеваниями (травмой).

Результаты исследований показали, что в основном субъективные причины ДМП имели место на ГЭ, а также часто на ДГЭ. При этом они несколько различались на этапах допущения ДМП и в разрезе специальностей. Так, на ГЭ (ЦРБ, подразделения ЭМП, родильные комплексы) превалировали недостаточная квалификация медицинского работника и неполноценное обследование, а на ДГЭ (СВП, поликлиники) – неполноценное обследование и невнимательное отношение к больному. В разрезе специальности это представляется следующим образом: у акушеров-гинекологов на ГЭ наблюдалось неполноценное обследование при ведении

родов, в послеоперационном периоде, недостаточная квалификация врачей при проведении медицинских вмешательств (операций, аборт) и обследования, а на ДГЭ – невнимательное отношение к беременным при взятии на учет, при наблюдении за родильницами, неполноценное обследование беременных с различными формами гестозов, при проведении медицинских вмешательств (при вставлении или удалении внутриматочных спиралей, выскабливании полости матки). У хирургов на ГЭ преобладало неполноценное обследование больных при подготовке и проведении операций, в послеоперационном периоде, недостаточная квалификация врачей при проведении хирургических вмешательств, обследовании, невнимательное отношение к больным, которым требуется госпитализация и оперативное вмешательство и др.; на ДГЭ – неполноценное обследование и невнимательное отношение к послеоперационным больным, консервативное лечение операбельных больных и др. У педиатров на ГЭ – неполноценное обследование детей, невыполнение элементарных диагностических исследований; невнимательное отношение к детям, которым требуется госпитализация; ненадлежащее наблюдение за детьми из группы риска; на ДГЭ – недостаточное обследование больных детей из группы риска; невнимательное отношение к больным при проведении вакцинации, взятии на учет детей из группы риска, ненадлежащий их патронаж.

Причины ДМП организационного характера фиксировались на ГЭ (в ЦРБ, подразделениях ЭМП, родильных комплексах, ОБ, МСЧ) из-за недостатков в организации ЛДП, отсутствия необходимых средств лечения, преемственности в лечении; на ДГЭ (в СВП, поликлиниках), кроме указанных причин, также наблюдалось отсутствие необходимых средств диагностики. В разрезе специальностей: у акушеров-гинекологов на ГЭ причинами ДМП были недостатки в организации ЛДП, отсутствие необходимых средств лечения и преемственности в лечении; на ДГЭ, кроме вышеуказанных, также наблюдалось отсутствие необходимых средств диагностики. У педиатров и терапевтов на ГЭ и ДГЭ в основном имели место недостатки организации ЛДП, в отдельных случаях – отсутствие необходимых средств лечения и диагностики, преемственности в лечении.

Объективные причины возникновения ДМП отмечены в основном на ГЭ (в ЦРБ, подразделениях ЭМП, ГБ, ОБ, клинической больнице, МСЧ) и лишь малая часть – на ДГЭ (в СВП, поликлиниках). В разрезе специальностей: у акушеров-гинекологов на ГЭ – позднее обращение к врачу за МП при раннем отхождении околоплодных вод, преждевременной отслойке плаценты, различных формах клинических гестозов; объективные трудности при оказании МП (развитие постгеморрагического шока, ДВС-синдрома, тромбоэмболии); на ДГЭ – развитие анафилактического шока на введение медикаментов, атипичное течение внеутробной беременности и др. У педиатров, также в основном на ГЭ, – позднее обращение за МП больных с различными формами пневмоний, врожденными пороками сердца, объективные трудности при оказании МП, развитие анафилактического шока на введение лекарств; на ДГЭ – недостаток времени на обследование и лечение больного, находящегося в состоянии агонии, без сознания, анафилактического шока; повышенная чувствительность организма на введение лекарств, индивидуальные анатомо-физиологические особенности детского организма. У реаниматологов на ГЭ – позднее обращение к врачу больных с сочетанной травмой, при перенесенных инсультах головного мозга, инфарктах миокарда, различных формах шока.

◇ ВЫВОДЫ

Таким образом, в результате комплексного анализа материалов заключений комиссионных судебно-медицинских экспертиз по поводу профессиональных правонарушений медицинских работников выявлено, что дефекты медицинской помощи допускались в основном в учреждениях госпитального этапа (в центральной районной больнице, подразделениях экстренной медицинской помощи), а на догоспитальном этапе – в сельском врачебном пункте и поликлиниках. Среди специальностей – чаще в деятельности акушеров-гинекологов, хирургов, педиатров. По характеру преобладали дефекты диагностики и лечения, которые в основном возникали из-за субъективных причин. Выявлены характерные особенности дефектов по местам допущения в разрезе специальностей, сущности и причин возникновения.

◇ ЛИТЕРАТУРА

1. *Баринов Е. Х., Жаров В. В., Черкалина Е. Н.* Случай несвоевременной диагностики заболевания в хирургической практике // Судебно-медицинская экспертиза. 2014. № 4. С. 51–52.
2. *Бисюк Ю. В.* Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (критерии экспертной оценки и медико-правовые аспекты проблемы): автореф. дис. ... докт. мед. наук. Москва, 2008. 48 с.
3. *Гиясов З. А., Калиш Ю. И., Ким Л. А., Холматов З. Б.* Дефекты медицинской помощи по материалам судебно-медицинских экспертиз // Хирургия Узбекистана. 2000. № 4. С. 102–107.
4. *Джалилов П. С., Золотова Н. Н., Расулов Х. А., Каримкулов Ш. У.* Организация медицинской помощи на догоспитальном этапе // Современные аспекты СМЭ и криминалистики: Тез. докл. Респ. науч.-практ. конф. 21 дек. 2006 г. Ташкент, 2006. С. 27–29.
5. *Косухина О. И., Сухарева М. А., Баринов Е. Х.* Выявление особенностей дефектов оказания медицинской помощи в терапевтической практике в ряде пульмонологических и кардиологических специальностей // Судебная медицина. 2015. Т. 1. № 1. С. 26–28.
6. *Максимов А. В.* Анализ дефектов оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой // Судебная медицина. 2015. Т. 1. № 1. С. 19–20.
7. *Менликулов П. Р.* Организационная форма первичной медико-санитарной помощи в Узбекистане // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2001. № 4. С. 31–32.
8. *Пашинян Г. А., Беляева Е. В., Ромодановский П. О.* Об оценке качества медицинской помощи при причинении вреда здоровью в случаях неблагоприятных исходов // Судебно-медицинская экспертиза. 2000. № 2. С. 14–18.
9. *Пиголкин Ю. И., Дубровина И. А., Мирзоев Х. М.* Методические основы экспертной оценки неблагоприятных исходов лечения // Судебно-медицинская экспертиза. 2011. № 2. С. 27–29.
10. *Попова Т. Г.* Экспертиза профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов в стоматологии // Судебно-медицинская экспертиза. 2008. № 3. С. 35–37.
11. *Тимерзянов М. И., Оладошкина О. Ю., Селиванова Д. Р., Дементьева М. В.* Правовые аспекты экспертизы дефектов оказания медицинской помощи // Судебная медицина. 2015. Т. 1. № 4. С. 47–49.
12. *Томилин В. В., Соседко Ю. И.* Обоснование основных понятий дефектов оказания медицинской помощи // Судебно-медицинская экспертиза. 2000. № 6. С. 4–8.

◇ REFERENCES

1. *Barinov E. Kh., Zharov V. V., Cherkalina E. N.* Sluchay nesvoevremennoy diagnostiki zabolevaniya v khirurgicheskoy praktike. Sudebno-medsinskaya ekspertiza. 2014;4:51–2. (In Russian)
2. *Bisyuk Yu. V.* Nenadlezhashchee okazanie ekstreynoy meditsinskoy pomoshchi (kriterii ekspertnoy otsenki i mediko-pravovye aspekty problemy): Avtoref. diss. ... dokt. med. nauk. Moscow, 2008. 48 s. (In Russian)
3. *Giyasov Z. A., Kalish Yu. I., Kim L. A., Kholmatov Z. B.* Defekty meditsinskoy pomoshchi po materialam sudebno-medsinskih ekspertiz. Khirurgiya Uzbekistana. 2000;4:102–7. (In Russian)
4. *Dzhalilov P. S., Zolotova N. N., Rasulov Kh. A., Karimkulov Sh. U.* Organizatsiya meditsinskoy pomoshchi na dogospital'nom etape. Sovremennye aspekty SME i kriminalistiki: Tez. dokl. Resp. nauch.-prakt. konf. 21 dek. 2006 g. Tashkent, 2006. S. 27–29. (In Russian)
5. *Kosukhina O. I., Sukhareva M. A., Barinov E. Kh.* Identifying features of the defects of health care in therapeutic practice in a number of pulmonary and cardiac specialties. Russian Journal of Forensic Medicine. 2015;1(1):26–8. (In Russian) <https://doi.org/10.19048/2411-8729-2015-1-1-26-28>
6. *Maksimov A. V.* Analysis of defects in the medical care with combined trauma. Russian Journal of Forensic Medicine. 2015;1(1):19–20. (In Russian) <https://doi.org/10.19048/2411-8729-2015-1-1-19-20>
7. *Menlikulov P. R.* Organizatsionnaya forma pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi v Uzbekistane. Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny. 2001;4:31–2. (In Russian)
8. *Pashinyan G. A., Belyaeva E. V., Romodanovskiy P. O.* Ob otsenke kachestva meditsinskoy pomoshchi pri prichinenii vreda zdorov'yu v sluchayakh neblagopriyatnykh iskhodov. Sudebno-medsinskaya ekspertiza. 2000;2:14–8. (In Russian)
9. *Pigolkin Yu. I., Dubrovina I. A., Mirzoev Kh. M.* Metodicheskiye osnovy ekspertnoy otsenki neblagopriyatnykh iskhodov lecheniya. Sudebno-medsinskaya ekspertiza. 2011;2:27–9. (In Russian)
10. *Popova T. G.* Ekspertiza professional'nykh oshibok i neblagopriyatnykh iskhodov v stomatologii. Sudebno-medsinskaya ekspertiza. 2008;3:35–7. (In Russian)
11. *Timerzyanov M. I., Oladoshkina O. Yu., Selivanova D. R., Dement'eva M. V.* Legal aspects of examination of health care delivery defects. Russian Journal of Forensic Medicine. 2015;1(4):47–9. (In Russian) <https://doi.org/10.19048/2411-8729-2015-1-4-47-49>
12. *Tomilin V. V., Sosedko Yu. I.* Obosnovanie osnovnykh ponyatiy defektov okazaniya meditsinskoy pomoshchi. Sudebno-medsinskaya ekspertiza. 2000;6:4–8. (In Russian)

Для корреспонденции

ГИЯСОВ Зайнитдин Асомитдинович – д.м.н., профессор кафедры судебной медицины и медицинского права Ташкентской медицинской академии • Республика Узбекистан, 100109, г. Ташкент, ул. Фароби, д. 2 • +9(9890) 355-99-10

ИСЛАМОВ Шавкат Эржигитович – д.м.н., старший преподаватель кафедры судебной медицины и патологической анатомии Самаркандского государственного медицинского института • Республика Узбекистан, 140100, г. Самарканд, ул. А. Темура, д. 18 • +9(9891) 528-72-89 • shavkat-smbe@rambler.ru