

ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХИРУРГОВ

Ш.Э.Исламов¹, И.И.Бахриев², Б.А.Ешмуратов², Ф.Н.Лочинов²

¹Самаркандский государственный медицинский университет

²Ташкентская медицинская академия

Резюме. В статье освещены дефекты медицинской помощи, выявленные в деятельности хирургов в процессе производства комиссионных судебно-медицинских экспертиз. В частности их сущность, причины возникновения, места допущения и влияние их на исход.

Ключевые слова: дефекты медицинской помощи, сущность, причины возникновения, места допущения, влияние на исход.

Resume. The article highlights the defects in medical care identified in the activity of surgeons, in the process of manufacturing commissions forensic medical examinations. In particular, their essence, causes of origin, location of the assumption and their influence on the outcome.

Key words: defects of medical care, essence, causes of origin, location of the assumption, influence on the outcome.

Актуальность. По определению Президента Всемирной ассоциации медицинского права профессора А.Carmi (2003) ненадлежащее оказание медицинской помощи в обществе приобрело характер «молчаливой эпидемии», имеющиеся неблагоприятные последствия для здоровья пациентов колеблются в разных странах от 3% до 15% [6]. Проблеме ненадлежащего оказания медицинской помощи посвящены исследования учёных Агентства по исследованию и качеству здравоохранения, отделений неотложной помощи США [13, 15], Общества акушер-гинекологов Канады [14], Королевского колледжа врачей Великобритании (Лондон) [12], Российского центра судебно-медицинской экспертизы (СМЭ) [2, 3, 5, 7], Республиканского Бюро СМЭ Украины [9], Главного Бюро СМЭ Республики Узбекистан [4]. Определенные задачи по изучению полноты и качества оказываемой медицинской помощи населению возложены на судебно-медицинскую службу [10, 11]. По мнению В.И.Акопова, они по-разному проявляются у разных специалистов. У «агрессивных» - хирургов - их всегда больше, чем у терапевтов, отличающихся консерватизмом; у реаниматологов, всегда работающих с тяжелыми больными, больше, чем, у дерматологов [1]. В последние годы появились работы по дифференциации сущности и причин дефектов медицинской помощи (ДМП), но они не отражают в полной мере весь спектр существующей проблемы.

Цель исследования. Определение сущности дефектов оказания медицинской помощи в деятельности хирургов, причин возникновения, места допущения и влияния на исход.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования послужили заключения комиссионных СМЭ (283), назначенных по поводу профессиональных правонарушений медицинских работников (хирургов) правоохранительными органами и проведенных во всех судебно-медицинских учреждениях Республики Узбекистан в период с 1999 по 2010 гг. По специальной компьютерной программе с использованием разработанных нами карт-анкет, включающих классифицирующие параметры, исследованы заключения. Основными показателями ДМП были: характер и причины возникновения ДМП на различных этапах медицинской помощи, значение специальности медицинских работников для частоты их возникновения, влияние на исход заболевания квалификации и характера специалистов различного профиля. Для полноценного изучения ДМП, с учетом особенностей медицинской деятельности, нами была модифицирована классификация ДМП, предложенная Ю.И.Соседко (1991) [9]. В ней отражены специальности, сущность дефектов, причины возникновения, место их допущения, а также влияние на исход.

Результаты исследования. По полученным данным среди хирургов обнаружено 283 ДМП, что составило 15,4% от их общего количества. По регионам ДМП чаще отмечались в Сырдарьинской (28,2%), Джизакской (25%) областях и в Республике Каракалпакстан (23,3%), а по количеству в Самаркандской (18%) и др. областях. У хирургов увеличение числа ДМП 12,4% в 2001 г. и снижение до 5,7% в 2008 г. У хирургов преобладали ДМП в виде дефектов диагностики: нераспознавание основного заболевания (травмы) (11,3%) и его осложнений (17,7%), дефекты хирургического лечения (18,0%), нарушения правил транспортировки (6,7%). Преобладало нераспознавание закрытой травмы внутренних органов живота, острого аппендицита, острой кишечной непроходимости.

Пример 1. Заключение КСМЭ №27 – 2003.

Гр-н Н.Н., 41 год, поступил в хирургическое отделение городской больницы с жалобами на рвоту кровью, боли в области живота, головокружение, общую слабость и запоры. Поставлен диагноз: «Эрозивный гастрит, хроническая язвенная болезнь желудка, хронический холецистит». Были сделаны назначения и промыт желудок. На 5-е сутки отпущен домой, а через 5 дней госпитализирован в областной филиал ЭМП с жалобами на вздутие живота, запоры, боли в области живота. Выставлен диагноз: «Острый гангренозный перфоративный аппендицит, разлитой гнойный перитонит и инфекционно-токсический шок III степени». Проведена лапаротомия с удалением червеобразного отростка. На 3-е сутки госпитализации констатирована смерть из-за развития разлитого перитонита. Экспертная комиссия отмечает неправильную постановку диагноза (нераспознавание основного заболевания и его осложнений), неполноценное обследование и

невнимательность лечащего врача.

Нераспознавание осложнений основного заболевания (травмы) проявлялось в виде постоперационных осложнений (кровопотери, шока, перитонита), а также гнойных осложнений брюшной полости. Нераспознавание важного сопутствующего заболевания (6,0%) ($P \leq 0,05$): ишемической болезни сердца, сахарного диабета, тромбоэмболии легочной артерии, вен нижних конечностей, желчнокаменной болезни. Нераспознавание осложнения важного сопутствующего заболевания (4,2%) ($P \leq 0,05$): острой сердечно-сосудистой, печеночной, почечной недостаточности, диабетической комы. Поздняя диагностика (6,0%) ($P \leq 0,05$) проявлялась при распознавании закрытой травмы внутренних органов грудной и брюшной полости, разлитого гнойного перитонита, острого аппендицита, острой кишечной непроходимости, кровотечений из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, портальных вен и вен пищевода.

Дефекты лечения проявлялись у хирургов, в необоснованной задержке больных в приемном покое лечебно-профилактического учреждения (4,6%) ($P \leq 0,05$). Дефекты хирургического лечения выражались в позднем проведении операции, неправильном выборе методики оперирования, недостаточном объеме операции, в непроведении показанной операции, в оперировании без ассистента, в недостаточной ревизии и санации при оперативном вмешательстве, в развитии гнойных осложнений (в т.ч. сепсиса), в оставлении салфеток, кусочков марли, инструментов в полостях после оперативного вмешательства. Отмечались недостатки при проведении инструментальных методов (эзофагогастродуоденоскопии, гастрофиброскопии), с повреждением слизистой пищевода, желудка, кровотечением из язв желудка, двенадцатиперстной кишки; а также при торакоцентезе с повреждением плевры, легких и др.; недостаточная санация и ревизия при перевязках с развитием инфекционных осложнений (4,9%) ($P \leq 0,05$). Из других дефектов лечения необходимо отметить неиспользование, неправильное и несвоевременное проведение консультации, неоказание помощи и отказ госпитализировать больного, недостаточный объем инфузионной терапии (3,5%) ($P \leq 0,05$).

Среди прочих дефектов у хирургов наблюдалось консервативное лечение больных на дому, которым требовалась госпитализация в стационар, отсутствие или недостаточное наблюдение за больными, перенесших оперативное вмешательство. Среди дефектов ведения медицинской документации преобладали следующие: неудовлетворительное описание исследуемых органов в истории болезни, отсутствие обоснования диагноза, неинформативность дневников, необоснованность показаний к медицинскому вмешательству, неточное наименование операции, отсутствие согласия пациента на операцию,

неправильное оформление или неоформление отказа пациента от медицинского вмешательства, краткое описание хода операции или ее отсутствие (5,7%) ($P \leq 0,05$). Также выявлено недостаточное лечение больных с патологией и выжидательная тактика при необходимости срочного оперативного вмешательства (1,4%) ($P \leq 0,05$).

Анализ ДМП в разрезе специальностей показал, что несколько причин возникновения, особенно субъективных, чаще отмечалось в деятельности хирургов. Из них невнимательное отношение к больному, относительно других причин, составляло большинство в деятельности хирургов - 15,1%, недостаточная квалификация медицинского персонала 16,6%, неполноценное обследование 26,2% и др. ($P < 0,05$). Среди организационных причин следует отметить недостатки в организации ЛДП, которые чаще отмечались у хирургов, и составили 12,7%. Из объективных причин превалировало позднее обращение к врачу в основном в деятельности хирургов (29,5%).

Результаты наших исследований показали, что основная масса ДМП допускались в основном на госпитальном этапе (в ЦРБ, подразделениях ЭМП, городской, областной, клинической больницах, медико-санитарной части) (89,0%) и лишь малая часть на догоспитальном (в СВП, поликлиниках).

Анализ наших исследований показал, что в структуре влияния на исход, основная часть ДМП была способствующим фактором в наступлении смерти, удлинении срока лечения и наступлении инвалидности (таблица 1).

Таблица 1

| Исход ДМП | Количество |
|---|-------------|
| не оказал влияния на исход | 17 (6,0%) |
| удлинение срока лечения | 29 (10,2%) |
| наступление инвалидности | 16 (5,7%) |
| оказал существенное влияние на исход и способствовал наступлению смерти | 197 (69,6%) |
| летальный исход | 24 (8,5%) |
| Всего | 283 |

Таким образом, в деятельности хирургов преобладали дефекты диагностики (нераспознавание основного заболевания (травмы) и её осложнений) и лечения (дефекты хирургического лечения, ошибки при назначении и проведении медицинских процедур), которые чаще выявлялись в учреждениях госпитального этапа, и в исходе способствовали наступлению смерти, удлинению срока лечения и инвалидности.

Вышеуказанное свидетельствует о необходимости проведения соответствующих мер по профилактике дефектов диагностики и лечения в деятельности хирургов, которые чаще допускались из-за субъективных причин

(неполноценное обследование больного, недостаточная квалификация медперсонала) особенно на госпитальном этапе, для предотвращения неблагоприятных исходов в лечебно-диагностическом процессе.

Список литературы

1. Акопов В.И. Медицинское право в вопросах и ответах. - М.: ПРИОР, 2006. - 208 с.
2. Баринов Е.Х., Жаров В.В., Черкалина Е.Н. Случай несвоевременной диагностики заболевания в хирургической практике // Судебно-медицинская экспертиза. - 2014. - №4. - С. 51-52.
3. Бекназаров, Ш.Ю., Бахриев, И.И., Ганиева, Н.Х., Исламов, Ш.Э., & Бекназаров, Ж.Ш. Врачебная ошибка: понятие, виды, исход // Вестник Ташкентской медицинской академии, - 2022. - №1. С. 196-199.
4. [Гиясов З.А., Назарова М.М., Бахриев И.И., Хакимов С.А., Вафоев З.Б.](#) К вопросу экспертной оценки медицинской помощи детям и подросткам // Вестник Ташкентской медицинской академии, - 2019. - №1. С. 49-52.
5. Гиясов З.А., Улугов З.А. Судебно-медицинская оценка педиатрической помощи // Современные аспекты СМЭ и криминалистики: Тез. докл. Респ. науч.-практ. конф. 21 дек. 2006 г. - Ташкент, 2006. - С. 171-173.
6. Зороастров О.М., Лоттер М.Г. К оценке компетенции судебно-медицинского эксперта при проведении судебно-медицинской экспертизы по «врачебному делу» // Судебно-медицинская экспертиза. - Москва, 2009. - №1. - С. 55-56.
7. Новоселов В.П., Канунникова Л.В. Комплексная оценка ненадлежащего оказания медицинской помощи // Проблемы экспертизы в медицине. - Ижевск, 2005. - №4. - С. 4-6.
8. Пиголкин Ю.И., Дубровина И.А., Мирзоев Х.М. Методические основы экспертной оценки неблагоприятных исходов лечения // Судебно-медицинская экспертиза. - Москва, 2011. - №2. - С. 27-29.
9. Соседко Ю.Н. Работа судебно-медицинского эксперта по выявлению и профилактике дефектов медицинской помощи // Военно-медицинский журнал. - Москва, 1991. - №3. - С. 33-37.
10. Юрасов В.В., Смахтин Р.Е. О прикладном медико-юридическом значении понятия «врачебная ошибка» // Судебно-медицинская экспертиза. - 2014. - №5. - С. 53-55.
11. Яровинский М.Я. Проблема ошибки в профессиональной деятельности медицинских работников // Медицинская помощь. - Москва, 1996. - №4. - С. 47-51.
12. Donaldson L. An organization with a memory // Clin. Med. - 2002. - Sept-Oct. - №2 (5). - P. 452-457.
13. Henry L.L. Disclosure of medical errors: ethical considerations for the development of a facility policy and organizational culture change // Policy. Polit. Nurs. Pract. - 2005. - May. - №6 (2). - P. 127-134.
14. Milne J.K. Managing risk, clinical error, and quality of care // J. Obstet. Gynaecol. Can. - 2002. - Sep. - №24 (9). - P. 717-720.
15. Olsen P.M., Lorentzen H., Thomsen K., Fogtmann A. Medication errors in a pediatric department // Ugeskr. Laeger. - 1997. - Apr. 14. - №159 (16). - P. 2392-2395.