

**ВИДЫ ДЕФЕКТОВ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ;  
ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ СВЯЗИ ДЕФЕКТОВ  
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
И НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ**

*ГБУЗ Свердловской области  
«Бюро судебно-медицинской экспертизы»  
г. Екатеринбург*

В настоящее время актуальность проблемы диагностики и анализа дефектов оказания медицинской помощи в Российской Федерации определяется неуклонно растущим количеством нарушений медицинских технологий, приводящих к тяжким последствиям, вплоть до летальных исходов, а также возрастающим количеством жалоб в органы следствия и суда на качество медицинских услуг.

В отделе сложных (комиссионных) экспертиз ГБУЗ СО «БСМЭ» проводятся экспертизы по оценке качества оказания медицинской помощи, назначенные следственно-судебными органами. Целью этих экспертиз является выявление некачественного оказания медицинской помощи и установление причинно-следственных связей между характером (качеством) оказания медицинской помощи и наступлением неблагоприятного исхода заболевания или травмы; определение тяжести вреда здоровью человека, причиненного дефектом оказания медицинской помощи.

Следует отметить, что в последние годы имеется стойкая тенденция роста этого вида экспертиз в структуре экспертиз выполняемых в отделе с 20 % до 38 %. В отделе сложных комиссионных экспертиз за 2006 год было проведено 485 экспертиз, из них 98 по оценке качества оказания медицинской помощи, в 2008 году 490 экспертиз, из которых 103 по оценке качества медицинских услуг. За период 2010 года было проведено 456 экспертиз, из которых на долю оценки качества лечения пришлось 201 экспертиза, в 2012 г. проведено 180 экспертиз из 435.

По данным Росздравнадзора из 5482 жалоб на качество оказания медицинской помощи дефекты оказания медицинской помощи были выявлены в 782 случаях.

К причинам увеличения количества экспертиз по оценке качества оказания медицинской помощи можно отнести:

- со стороны граждан – рентные (меркантильные) установки, сутяжничество, желание возмездия, медицинская безграмотность;
- со стороны следственных органов – плановое проведение проверок по оказанию медицинской помощи того или иного профиля;
- со стороны медицинских учреждений – нарушение деонтологии, низкий уровень квалификации отдельных специалистов; плохая организация лечебно-диагностического процесса.

Кроме того, обращается на себя внимание тот факт, что в заключениях экспертов страховых компаний, в результатах служебных проверок термин «дефект оказания медицинской помощи» используется зачастую необоснованно расширенно, причинно-следственные связи между качеством оказания медицинской помощи и неблагоприятным исходом устанавливается неправильно (необоснованно часто определяется прямая причинно-следственная связь), что также способствует увеличению количества экспертиз по оценке качества оказания медицинской помощи.

По данным экспертиз, проведенных в отделе, можно сделать вывод, что для каждого профиля медицинской помощи существуют свои наиболее часто встречающиеся недостатки («дефекты»), наблюдающиеся на протяжении всех анализируемых лет.

В акушерстве – несвоевременность выполнения кесарева сечения, что влечет за собой гипоксию плода и постгипоксическое поражение ЦНС у ребенка различной степени выраженности, вплоть до смертельных исходов; недостаточный мониторинг плода в родах и как следствие этого позднее выявление угрожающей гипоксии.

В хирургии – поздняя диагностика, неправильно выбранный объем резекции кишечника, влекущий за собой несостоятельность швов, анастомозов; позднее выполнение релапаротомий при развитии третиного перитонита; некачественное выполнение ревизии колотерезанных ран, сопряженное с не выявлением части повреждений по ходу раневого канала; низкое качество (не информативность) фиброгастроудоденоскопий при желудочно-кишечных кровотечениях.

Следует отметить, что ятрогенное повреждение органов в зоне операции наблюдается крайне редко (один случай на 2–3 года);

При оказании нейрохирургической помощи – не выполнение компьютерной томографии головного мозга, не выявление субдуральных гематом и не проведение оперативного лечения внутричерепных кровоизлияний.

В реанимации – поздний перевод на искусственную вентиляцию легких, недостаточный объем предоперационной подготовки, недостаточный объем мероприятий по профилактике тромбозмболии легочной артерии.

В анестезиологии – неправильное осуществление анестезиологического пособия (недостаточное обезболивание, не прогнозирование трудной интубации трахеи и как следствие этого не проведение ее с первой попытки, с развитием у пациента гипоксии; неправильный выбор способа анестезии, неправильная тактика ведения наркоза); следует отметить, что данные случаи впервые появились в 2010 г.

При оказании помощи детям с инфекционными заболеваниями – недостаточный объем инфузионной терапии, несвоевременность перевода в реанимационно-анестезиологическое отделение.

Общим недостатком для всех видов медицинской помощи является недостаточность антибактериальной терапии – малые дозы, короткие курсы, неоптимальный выбор препаратов и их комбинаций, выбор препаратов без учета результатов бактериологического исследования. Недостаточность антибактериальной терапии выявлялась в 95 % случаев от всех экспертиз, где приходилось оценивать ее качество.

Согласно приказа ФФОМС от 01.12.2012 № 230 дефект оказания медицинской помощи – это несоответствие оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица; невыполнение и/или неправильное выполнение порядков оказания медицинской помощи, и/или стандартов медицинской помощи, медицинских технологий.

Из указанного выше определения следует, что к дефектам оказания медицинской помощи относятся: неправильная тактика ведения больного (например, не выполнение госпитализации или несвоевременное выполнение госпитализации), неполнота, неправильность и несвоевременность лечебно-диагностических мероприятий, технически неправильное выполнение инвазивных медицинских манипуляций.

В то же время с точки зрения права до сих пор не определено, что же считать дефектом оказания медицинской помощи и основанием для наступления правовой ответственности медицинских работников.

Из пункта 25 «Медицинских критериев определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» – приложения к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24.04.2008 г. № 194н следует, что «Ухудшение состояния здоровья человека, обусловленное дефектом оказания медицинской помощи, рассматривается как причинение вреда здоровью»; согласно п. 26 Медицинских критериев установление степени тяжести

вреда, причиненного здоровью человека, в случаях указанных в п.25 производится также в соответствии с Правилами и Медицинскими критериями.

Причинение вреда здоровью человека той или иной степени тяжести (в том числе и в результате дефектов оказания медицинской помощи) влечет за собой уголовную ответственность.

Таким образом, в судебно-медицинской практике применение термина «дефект оказания медицинской помощи» возможно только в тех случаях, когда в результате медицинской манипуляции у пациента возникает качественно новое состояние или повреждение, которое не может быть обусловлено течением имевшегося заболевания или травмы, позволяющее выделить квалифицирующие признаки тяжести вреда здоровью. К квалифицирующим признакам тяжести вреда здоровью относятся: опасность для жизни человека, развитие угрожающего жизни состояния, потеря органа или утрата органом его функции, стойкая утрата общей трудоспособности, длительное и кратковременное расстройство здоровья. В этих случаях между наступлением неблагоприятного исхода и качеством оказания медицинской помощи устанавливается прямая причинно-следственная связь.

Например, оставление инородного тела (салфетки) в брюшной полости в процессе операции «кесарево сечение», в дальнейшем повлекшее за собой пролежень тонкой кишки, развитие разлитого перитонита, то есть угрожающего жизни состояния, является дефектом выполнения операции, состоит в прямой причинно-следственной связи с операцией, имеет признак опасности для жизни, и по этому признаку квалифицируется как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

По данным отдела сложных экспертиз дефекты оказания медицинской помощи составляют от 5 % до 6 % (в разные годы) от общего числа экспертиз по качеству оказания медицинской помощи; имели место такие дефекты, как повреждения внутренних органов и кровеносного сосуда при выполнении медицинских манипуляций (повреждения легкого при дренировании плевральной полости; повреждение задней стенки глотки при зондировании желудка, повреждение пищевода при бужировании; повреждение внутренней грудной артерии при стеральной пункции); оставление инородного тела (салфеток) в зоне операции; развитие тяжелой гипоксии с последующим поражением головного мозга в результате трудной интубации трахеи при анестезиологическом пособии или неправильно выполненной ин-

тубации (введение интубационной трубки в пищевод); необоснованное удаление органа (молочной железы, при гистологически неподтвержденном диагнозе злокачественного новообразования).

Прямая причинно-следственная связь – это такая связь, в которой причина должна быть достаточной, а сама связь – жесткой однозначной, характеризующейся постоянным (во всех случаях) наступлением следствия с особыми качественными характеристиками, которые определяются причиной.

Неизбежность развития следствия воздействия того или иного фактора определяется не простой последовательностью во времени («после этого» не значит «вследствие этого»), а материальной внутренней связью, которая и вызывает другое явление.

Например, любое нарушение целостности тканей организма человека всегда, во всех 100 % случаев, сопровождается кровотечением; варьироваться может только объем (выраженность) кровотечения; или воздушная эмболия правой половины сердца всегда жестко однозначно свидетельствует об открытом повреждении венозного сосуда.

От причины и следствия надо отличать условие. Под условием понимается такой комплекс явлений, который, хотя и способствует определенному следствию, однако не выступает необходимой предпосылкой его становления и развития, то есть не являются причиной его (следствия) развития.

Очевидно, что медицинская помощь оказывается в связи с наличием заболевания или травмы, а не сама по себе. И заболевания, и травмы могут иметь как легкое, так и тяжелое течение, повлечь за собой как благоприятный, так и неблагоприятный исход. Причиной возникновения заболевания медицинская помощь (в том числе и оказанная некачественно) не является. Медицинская помощь, выполняемая по поводу заболевания или травмы, направлена на изменение возникшего патологического процесса по благоприятному варианту течения; при этом следует помнить, что своевременно, полно и правильно оказанная медицинская помощь не во всех 100 % случаев гарантирует наступление благоприятного исхода. Поэтому такие недостатки оказания медицинской помощи, как несвоевременная диагностика, неправильная оценка тяжести состояния больного, неполнота проведенного обследования и лечения, неверно выбранная тактика лечения к «дефектам оказания медицинской помощи» с судебно-медицинских позиций отнесены быть не могут. Наличие перечисленных упущений при оказании медицинской помощи способствует наступлению неблагоприятного исхода, возможность которого изна-

чально обусловлена имевшимся заболеванием или травмой. В данных ситуациях между качеством оказания медицинской помощи и наступлением неблагоприятного исхода устанавливается непрямая (косвенная, опосредованная) причинно-следственная связь; то есть непрямая (косвенная, опосредованная) причинно-следственная связь имеет место в том случае, когда какой-то фактор, не является причиной развития определенного состояния, но наряду с другими факторами, не являющимися его (состояния) причиной, но способствующими его возникновению, обуславливает реализацию этого состояния в отдельно взятом случае, но не во всех подобных случаях. Иными словами, некачественно оказанная медицинская помощь создает условия для наступления неблагоприятного исхода.

Например: у пациента на момент обращения за медицинской помощью имела место закрытая травма живота в виде разрыва селезенки, гемоперитонеума. Смерть пациента наступила от тромбоэмболии в систему легочной артерии, развившейся в раннем послеоперационном периоде. Тромбоэмболия в систему легочной артерии явилась осложнением тромбоза глубоких вен голени. Профилактика тромбоэмболии в систему легочной артерии выполнялась в неполном объеме (не было назначено эластическое бинтование нижних конечностей).

Разрыв селезенки сам по себе причиной тромбоза глубоких вен голени не является, но влечет за собой возникновение целого ряда условий (факторов риска) для развития тромбоза глубоких вен голени: нарушение гемодинамики, обусловленное кровотечением, необходимость выполнения оперативного вмешательства на органах брюшной полости, необходимость выполнения общего обезболивания для проведения операции, постельный режим в послеоперационном периоде. Совокупность возникших условий и обусловила реализацию риска. Неполнота профилактических мероприятий в отношении тромбоэмболии в систему легочной артерии в данном случае является еще одним условием для реализации риска, но не является причиной развития этого состояния; что является основанием для установления не прямой причинно-следственной связи между наступлением смерти пациента от тромбоэмболии в систему легочной артерии и неполнотой профилактических мероприятий.

В случае установления не прямой причинно-следственной связи между качеством оказания медицинской помощи и наступлением неблагоприятного исхода возможна гражданско-правовая ответственность (материальное возмещение причиненного ущерба).