

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ОКАЗАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

¹ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет
ХМАО-Югры» Медицинский институт, Сургут

²КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,
г. Ханты-Мансийск

Введение. В последние годы в нашей стране продолжает увеличиваться количество претензий и гражданских исков по поводу медицинских услуг ненадлежащего качества, что широко отражается в средствах массовой информации и явилось достоянием всего населения [16,20].

Кроме того, нередко, субъективная оценка случаев наступления неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи (ОМП), вызывает серьезный общественный резонанс. [15,17]

Часто, причиной дефектов оказания медицинской помощи и адекватной терапии бывает синдромальный подход. Основной из ведущих проблем современной медицины и гинекологии, в частности, стал значительный патоморфоз состояний, течение которых резко отличается от классического представления, описанного во всех основных руководствах и монографиях. Так, например, течение гнойно-септических заболеваний (послеродового эндометрита, острого сальпингита и т.д.) в 90-х гг. и в настоящее время разительно отличаются от таковых до указанного периода [8,10].

Обращают на себя внимание стертость клинической картины, малосимптомность, отсутствие привычных изменений в лабораторных показателях (умеренный или отсутствующий лейкоцитоз, нормальные биохимические показатели) и при этом торпидность течения заболеваний, несоответствие его тяжести клинической картине. Подобная ситуация обуславливает появление целого ряда, как тактических, так и диагностических дефектов, особенно у врачей с небольшим опытом работы. Ятрогенные поражения так же распространены, как и в других отраслях медицины [10,13]

Наиболее распространенными осложнениями при выполнении операций на органах малого таза являются травмы (в том числе термические) мочеточников, ранение брюшных сосудов, перфорация петель кишечника, массивная кровопотеря [2,4].

По данным зарубежных исследователей, рассматривающих осложнения в гинекологической практике, можно выделить наиболее часто встречающиеся проблемы: гнойно-септические заболевания, сочетание тяжелой экстрагенитальной патологии и беременности [23,24].

Важными факторами, определяющими уровень неблагоприятных исходов ОМП являются состояние материально-технической базы ЛПУ, профессиональная подготовка медицинского персонала и готовность медицинского учреждения к оказанию МП высокого уровня. [11,20].

Ряд исследователей [1,21,22] приводят результаты комплексного клинического, судебно-медицинского и медико-правового анализа неблагоприятных исходов при оказании медицинской помощи, отмечая рост таких экспертиз, недостатки диагностики и лечения, обусловленные объективными факторами, недооценкой состояния больных, отсутствием своевременного и полного обследования.

Целью нашего исследования явилось установление уровня и характера неблагоприятных исходов оказания гинекологической помощи в ЛПУ ХМАО-Югры.

Материалы и методы. Объектами исследования явились 188 заключений комиссионных экспертиз, проводившихся в рамках расследования уголовных и гражданских дел в отделе сложных экспертиз учреждения ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» в период с 2000 по 2007 годы из них 173 первичных, 13 дополнительных и 2 повторных.

Поводами к назначению данных экспертиз были случаи обращения пациентов и их родственников в правоохранительные органы и суд с предъявлением претензий на действия медицинских работников в ходе ОМП в государственных и частных ЛПУ ХМАО-Югры.

При изучении экспертных заключений нами были проанализированы заявления и иски пациентов, постановления правоохранительных органов и определения судов о назначении судебно-медицинской экспертизы по гражданским и уголовным делам, данные медицинских документов, представленных для разрешения интересующих правоохранительные органы вопросов.

Анализ материала производился с одновременным изучением нормативных документов МЗ РФ: информационных писем, инструкций, приказов, касающихся организации и технологии оказания отдельных видов медицинской помощи.

Результаты. Чаще всего прокуратурой проводилась предварительная проверка медицинской деятельности в тех случаях, когда пострадавшими были пациенты молодого возраста (средний возраст 26–27 лет), либо возбуждались уголовные дела по фактам ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей (средний возраст пациентов 29 лет). В целом удельный вес экспертиз, проводившихся по гражданским делам, составил 35,6 %, причиной может быть возможность получения истцом материальной компенсации в случаях установления прямой причинно-следственной связи между действиями медицинского персонала и наступившими неблагоприятными последствиями.

Общее количество претензий к врачам гинекологам составило 27 случаев (14,4 % от всего количества экспертиз по врачебным делам). Перечень и количество нозологических форм представлен в табл. 1.

Таблица 1

Перечень и количество нозологических форм, послуживших причиной обращения в ЛПУ и последующих претензий

№ п/п	Наименование основного заболевания	Количество больных абс.
1	Осложнения медицинского аборта	7
2	Внематочная беременность	6
3	Врожденные пороки развития сосудов, артериовенозные мальформации	4
4	Порок сердца (врожденный)	3
5	Миома матки	3
6	Воспалительные гинекологические заболевания	2
7	Хирургическая стерилизация	1
8	Внутриутробная гибель плода при выполнении амниоцентеза	1

В гражданском процессе указанные претензии рассматривались в 11 случаях (40,7%), предварительные проверки органами внутренних дел, прокуратуры и уголовные дела, возбужденные по фактам ННДМП были отмечены в 16 случаях (59,3 %).

Анализ материалов судебно-медицинских комиссий по сложным «врачебным делам» показал, что дефекты ОМП, как правило, встречались не единичные, а множественные и допускались на нескольких

этапах лечебного процесса, поэтому количество выявленных дефектов значительно превышало количество изученных случаев.

На догоспитальном этапе дефекты были установлены в 22,2 % случаев, на госпитальном этапе в 77,8 % наблюдений. Дефекты в виде неправильного ОМП составили 48,14 %, недостаточная МП имела место в 70,40 %, а несвоевременная помощь оказывалась в 22,22 % наблюдений.

Анализ дефектов по сферам ОМП показывает, что в совокупности дефекты тактического (23 %) и организационного (29 %) плана преобладают над дефектами в лечебной деятельности (34 %) и информационно-деонтологическими (14 %).

По этапам ОМП дефекты лечебной помощи (51 %) значительно преобладают над дефектами диагностики (34,7 %), и профилактики (12,2 %).

Установлено наличие объективных факторов (ОФ) ненадлежащего оказания гинекологической помощи, которые представлены в табл. 2.

Таблица 2

**Объективные факторы ненадлежащего оказания
гинекологической помощи**

	Объективные факторы	Частота встречаемости		
		абс.	%	в среднем по специальностям %
1	Тяжесть состояния	7	25,9	47
2	Хронические инфекции	6	22,2	11
3	Стертая клиническая картина	5	18,5	20
4	Атипичность или бессимптомность течения	3	10,7	11
5	Редкость заболевания	2	7,4	7
6	Избыточный вес	2	7,4	9
7	Сочетание или конкуренция заболеваний	1	3,7	6
8	Кратковременность пребывания	1	3,7	4
9	Аллергия	1	3,7	3

На первом месте стоят такие ОФ ОМП как тяжесть состояния (25,9 %), и стертая клиническая картина (18,5 %) которые часто были обусловлены поздним обращением (внематочная беременность), не-

контролируемым течением патологического процесса (кровотечения) после начала заболевания, развитием соответствующих осложнений (перитонит, метроэндометрит, ДВС-синдром).

Наличие хронических инфекций (22,2 %) затрудняло дифференциальную диагностику заболевания (метроэндометрит, сепсис) и утяжеляло течение основного заболевания (аднексит).

Атипичность и бессимптомность течения трубной беременности, аппендицита у беременной уменьшали возможность своевременной диагностики и адекватной терапии, что наблюдалось у 10,7 % больных.

Из неблагоприятных исходов оказания помощи гинекологическим больным выявлены СФ, способствовавшие ненадлежащему лечению. Аггравация, симуляция, диссимуляция, встречающиеся в 7,4 %, а также поиск лучшего врача – приводили к несвоевременному лечению хронической фетопланцитарной недостаточности, внутриутробному инфицированию плода, следствием чего стали невынашивание беременности и антенатальная гибель плода.

Отказ от лечения наблюдался в 3,7 %. Признаки грубой неосторожности, составляющие 3,7 %, проявлялись невыполнением рекомендаций врача и назначенного лечения, отказом от госпитализации для лечения воспалительных заболеваний и коррекции экстрагенитальной патологии

Прямая связь ДМП с неблагоприятным исходом установлена в 44,4 % случаев.

К длительному расстройству здоровья приводили следующие причины: запоздалая диагностика эктопической беременности, поздняя госпитализация больных, приведшие к несвоевременному (запоздалому) оказанию медицинской помощи (ревизия брюшной полости), неадекватная (как по объему, так и по составу вводимых препаратов) терапия, технические погрешности (перфорация матки, петель кишечника, мочевого пузыря) при проведении операции прерывания беременности.

В 13,5%, жалобы истцов были обусловлены нарушением медицинскими работниками принципов этики и деонтологии. Поводами к таким жалобам были: грубое отношение к больным, невнимание, нежелание разъяснить пациенту (родственникам) причину заболевания, а в ряде случаев - отрицательные высказывания или оценки, которые давались врачом в присутствии больного или родственников в отношении коллег, проводивших предшествующее лечение, что можно показать на конкретном наблюдении.

Из экспертного заключения №182 (2006 год)

1. В ходе оказания медицинской помощи в период времени с марта по сентябрь в действиях медицинских работников усматриваются следующие существенные дефекты оказания медицинской помощи:

1.1 в ходе обследования ... ей необоснованно была дана рекомендация прервать беременность. Указанные врачами в качестве оснований (показаний) для аборта неразвивающаяся беременность, а также проведение ... на ранних сроках беременности магнитно-резонансной томографии (МРТ) на самом деле таковыми (основаниями) не являлись, так как беременность ...могла развиваться, а МРТ не является опасной для плода.

1.2 в ходе медицинской помощи аборта, проведенного, была допущена техническая погрешность – плодное яйцо было удалено из полости матки не полностью и продолжило развиваться.

2. Дефекты оказания медицинской помощи, указанные в п. 1.1, усматриваются в действиях врача (врачей), рекомендовавших прерывание беременности. Так как данные дефекты привели к прерыванию беременностиони причинили тяжкий вред здоровью (по признаку прерывания беременности).

3. Дефекты оказания медицинской помощи, указанные в п. 1.2, усматриваются в действиях врача, проводившего медицинский аборт. Данные дефекты явились причиной повторного аборта и привели к удлинению сроков ее нетрудоспособности на несколько дней, вследствие чего причинили легкий вред здоровью (по признаку кратковременного расстройства здоровья).

4. Также при экспертизе выявлены некоторые другие недостатки в оказании медицинской помощи, не оказавшие какого-либо отрицательного влияния на здоровье ...

Заключение

1. Экспертный анализ оказания медицинской помощи по материалам комиссионных судебно-медицинских экспертиз, проводившихся в рамках расследования уголовных и гражданских дел, позволяет выявить причины возникновения, характер дефектов, а также субъективные и объективные факторы, осложняющие исполнение профессиональных обязанностей врачами гинекологами

Доля ДМП помощи на госпитальном этапе (77,8 %) превышает их частоту на госпитальном этапе (22,2 %). Медицинская помощь оказывалась, как правило, в недостаточном объеме.

Среди дефектов по сферам ОМП установлено, что в совокупности дефекты тактического (23,1 %) и организационного характера (28,9 %) преобладают над дефектами в лечебной деятельности (34,5 %). Дефекты лечебной помощи (51,3 %) значительно преобладают над дефектами диагностики (34,7%) и профилактики (12,2 %).

Объективными факторами, часто осложняющими ОМП, были: тяжесть состояния (25,9 %), хронические инфекции (22,2 %), стертая клиническая картина (18,5 %), атипичность или бессимптомность течения заболевания (10,7 %).

Субъективными факторами, препятствующими ОМП являлись: аггравация, симуляция, диссимуляция, поиск лучшего врача 7,4 %, отказ от лечения, признаки грубой неосторожности пациента 3,7 %.

2. Дефекты оказания медицинской помощи в гинекологической практике приводят не только к длительному расстройству здоровья пациентов, но и к стойкой утрате общей трудоспособности или наступлению летального исхода. Прямая связь ДМП с неблагоприятными исходами установлена в 44,4 % случаев.

3. Совершенствование организационных мероприятий, регулирующих процесс обследования и лечения гинекологических больных, своевременное повышение профессиональных компетенций врачей и анализ допущенных дефектов могут привести к повышению эффективности и качества оказания медицинской помощи в гинекологической практике.

Использованная литература

1. Альшевский В. В. Судебно-медицинская экспертиза вреда здоровью в современном уголовном судопроизводстве (процессуальные аспекты, методические принципы и формально-логические алгоритмы) / В. В. Альшевский. - М.: Юрлитинформ, 2004. – 176 с.

2. Бурдули, Г. М. Репродуктивные потери / Г. М. Бурдули, О. Г. Фролова. – М., 1997.

3. Гаспаров, А. С. Оптимизация тактики ведения больных с острыми гинекологическими заболеваниями / А. С. Гаспаров, А. Г. Косаченко, А. А. Торгомян, А. Г. Меликян // Акушерство и гинекология. – 2004. – №1. – С. 40-41.

4. Горин В. С., Риск тромбгеморрагических осложнений в эндоскопической гинекологии / В. С. Горин, В. Н. Серов, Т. Г. Кондранина, Ю. А. Чулаев, А. П. Шин // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 5. – С. 11-12.

5. Гридчик А. Л. Материнская смертность в условиях реорганизации здравоохранения Московской области (состояние, тенденции, профилактика): Автореф. дисс. . д.м.н. – М., 2002. – 44 с.1. – 264 с.
6. Зильбер, А. П. Этика и закон в медицине критических состояний / А. П. Зильбер. – Петрозаводск, 1998. – 202 с.
7. Кирбасова Н. П., Актуальные вопросы юридической ответственности акушера-гинеколога / Н. П. Кирбасова, А. А. Старченко // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 2. – С. 48-54.
8. Краснопольский В. И. Основные причины развития и клинические особенности формирования осложненных форм гнойного воспаления у акушерско-гинекологических больных / В. И. Краснопольский, С. Н. Буянова, Н. А. Щукина // Российский вестник акушера гинеколога. – 2003. – №3. – С. 58-59.
9. Кулаков В. И. Анестезия и интенсивная терапия в акушерстве и неонатологии / В. И. Кулаков, Д. П. Казаков, В. М. Егорова, Н. Н. Кузнецов. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2001. – 264 с.
10. Никонов Е. Л. Оценка качества медицинской помощи в учреждениях родовспоможения / Е. Л. Никонов и др. // Кремлевская медицина. — 2009. – № 1. — С. 128-131.
11. Обоскалова Т. А. Структура и причины перинатальной смертности недоношенных // Обоскалова Т. А. // Акушерство и гинекология. 2005. № 5. С. 39.
12. Правовые аспекты деятельности врача / Авт. сост.: Старченко А. А., Шифман Е. М., Хапий Х. Х.– Петрозаводск: Изд-во «Интел-Тек», 2003. – 344 с.
13. Репина, М. А. Ошибки в акушерской практике / М. А. Репина. – Л.: Медицина, 1988. – 248 с.
14. Савельева, Г. М. Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов женщин / Г. М. Савельева, Л. В. Антонова – М.: Медицина, 1987. – 160 с.
15. Сергеев, Ю. Д. Неблагоприятный исход медицинской помощи. / Ю. Д. Сергеев, С. В. Ерофеев. – М., 2001. – 288 с.
16. Сергеев, Ю. Д. Проблема ненадлежащего оказания медицинской помощи: методика изучения и актуальность / Ю. Д. Сергеев, С. В. Ерофеев. // Медицинское право. – 2003. – № 1. – С. 3-5.
17. Сергеев, Ю. Д. Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента / Ю. Д. Сергеев, А. А. Мохов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 312 с.

18. Стародубов В. И., Суханова Л. П. Репродуктивные проблемы демографического развития России. — М. : ИД «Менеджер здравоохранения», 2012. — 320 с.

19. Старченко А. А. Менеджмент качества медицинской помощи: классификация дефектов оказания акушерско-гинекологической медицинской помощи // А. А. Старченко и др. // Мед. право. — 2007. — № 4. — С. 40-48.

20. Тягунов Д. В. Анализ неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи в практике лечебно-профилактических учреждений Ханты-Мансийского автономного округа – Югры // Тягунов Д. В., Самойличенко А. Н. // Сибирский медицинский журнал. — Томск – 2008. — Т. 23, № 3. — Вып.2. — С. 42-46

21. Тягунов Д. В. Характеристика дефектов оказания медицинской помощи по материалам комиссионных судебно-медицинских экспертиз // Тягунов Д. В., Самойличенко А. Н. // Медицинское право. — 2008. — № 4 (24). — С. 44–46.

22. Шарапова О. В. и др. Разработка мониторинга службы родовспоможения – актуальная современная проблема / О. В. Шарапова и др. // Главврач. — 2010. — № 3. — С.14-24.

23. Barach, P. Preventable Deaths From Medical Errors / P. Barach, J. J. Mohr, R. A. Hayward, T. P. Hofer // JAMA.— Dec 2001; 286: P. 2813-2814.

24. Gallagher, T. H.; Waterman A. D.; Ebers A. G.; Eraser V. J.; Levinson W. Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors / T. H. Gallagher, A. D. Waterman, A. G. Ebers, V. J. Eraser, W. Levinson // JAMA. — Feb 2003. — 289: P. 1001-1007.