

АНАЛИЗ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ ВО ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

**Н.А. Жуманазаров, Г. Баймуратова, М. Ильясов, Е. Ахыншаев,
К. Алтыбаев, А.Б. Убайдаева**

*Международный Казахско-Турецкий университет им.Х.А.Яссави
ЮК-филиал центра судебной медицины РК, j_nazarbek@mail.ru*

В статье отражена система здравоохранения, в которой сохраняется тенденция к увеличению количества неудовлетворенных потребителей медицинских услуг и соответственно количества экспертиз, связанных с профессиональной медицинской деятельностью.

Ключевые слова: **врачебная ошибка, организация, конструкции диагноза.**

**ANALYSIS OF ERRORS AND COMPLICATIONS
IN THE PRACTICE OF MEDICAL**

**N.A. Jumanazarov, G.Baymuratova, M. Ilyasov, E Ahinshev,
N.K. Altynbaev, A.B. Ubaydaeva**

International Kazakh-Turkish University named after H.A.Yassavi, j_nazarbek@mail.ru

In article the public health services system in which is reflected the tendency to increase in quantity of unsatisfied consumers of medical services and accordingly quantity of the examinations connected with professional medical activity is saved.

Keywords: **medical errors, organization, of the diagnosis.**

Юридическая ответственность врача за профессиональные правонарушения — широкое понятие, в соответствии с законодательством Республики Казахстан включающее в себя уголовную, гражданско-правовую, материальную и дисциплинарную ответственность [1,2,3].

Уголовная ответственность у медицинского персонала наступает за преступление предусмотренное УК РК, ст. 112, в которой дается следующее понятие преступления: «Преступлением признается виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное законом под угрозой наказания». Не является преступлением действие (бездействие), хотя формально и содержащее признаки какого-либо деяния, предусмотренного Уголовным кодексом, но в силу малозначительности не обладающее общественной опасностью и не создающее угрозы причинения вреда личности, обществу или государству [4,5].

Преступление может быть совершено умышленно или по неосторожности, причем умышленное преступление может быть совершено с прямым или косвенным умыслом (ст. 103 УК РК), а преступление, совершенное по неосторожности, — по легкомыслию или небрежности (ст. 111 УК РК).

Как считают Е.С. Тучик с соавт. [6], под уголовным преступлением медицинских работников следует понимать их длительное или неосторожное общественно опасное деяние (действие или бездействие) в сфере медицинского обслуживания населения, которое причинило или могло причинить вред здоровью человека или нарушило право граждан на охрану здоровья.

И.Г. Вермель [7] указывает, что уголовная ответственность медицинских работников за ненадлежащее лечение наступает при наличии следующих условий: действия медицинского работника

должны быть объективно неправильными, находиться в противоречии с общепринятыми правилами медицины; медицинский работник в силу полученного образования и занимаемой должности должен был сознавать, что его действия неправильны и могут причинить вред здоровью больного; неправильные действия прямо или косвенно способствовали наступлению неблагоприятных условий (смерти больного или причинению существенного вреда его здоровью).

В связи с тем, что жизнь и здоровье граждан охраняются законом, причинение существенного вреда жизни и здоровью граждан или создание возможности его причинения является преступлением [8,9]. В настоящее время одним из актуальных вопросов судебно-медицинской практики является изучение влияния дефектов оказания медицинской помощи на здоровье пациентов и выявление наиболее частых предпосылок и причин профессиональных правонарушений медицинских работников. Судебно-медицинская практика нуждается в разработке методических указаний по проведению комиссионных экспертиз, связанных с профессиональными правонарушениями медицинских работников. Подобные работы могут способствовать улучшению организации и повышению качества оказания медицинской помощи населению. Научные работы, посвященные данной проблеме, на национальном уровне практически отсутствуют.

Все изложенное является обоснованием актуальности проведенного исследования.

Целью исследования являются выявление закономерности формирования дефектов в качестве оказания медицинской помощи населению Южно-Казахстанской области и разработка научнообоснованной медицинской помощи совершенствованию судебно-медицинской экспертизы при неблагоприятных исходах в медицинской практике.

Цель исследования

Выявление дефектов и анализ материалов судебно-медицинской экспертизы для объекти-

визации уголовных и гражданских дел в связи с нарушениями качества оказания медицинской помощи.

Материалы и методы исследования

Объектами исследования явились истории болезни, амбулаторные карты, протоколы патологоанатомических вскрытий и Акты судебно-медицинских исследований трупов, подвергшихся судебно-медицинской экспертизе в Южно-Казахстанском филиале ЦСМ РК в 2000–2008 гг.

Результаты и их обсуждение

Особое внимание было уделено случаям, в которых имели место дефекты в оказании медицинской помощи беременным, роженицам и детям, доля которых за анализируемые годы колебалась от 13,2 до 55,0%, составив в среднем 24,8%.

В структуре этой группы дефекты в лечении отмечались в 28 (51,9%) случаях и в 26 (48,1%) — в диагностике. Более половины дефектов в 29 (53,7%) случаях было допущено акушерами-гинекологами; в 11 (20,4%) — педиатрами; в 5 (9,3%) — терапевтами; меньшая доля пришлась на стоматологов — 2 (3,7%), по 1 (1,8%) случаю — у отоларингологов и представителей нетрадиционной медицины. Диагностические ошибки преобладали у педиатров, хирургов и терапевтов.

Из числа дефектов диагностики можно выделить такие, как недостаточное по объему обследование (22,2% из общего числа дефектов или 46,2% из числа дефектов диагностики); позднюю диагностику или недиагностированное заболевание (соответственно 16,7% и 34,6%). Меньшую их долю составляли случаи недооценки тяжести состояния пациентов (5,6% и 11,5%) и несвоевременная консультация другими специалистами (3,7% и 1,1%).

Основным дефектом лечения (31,5% в общей структуре и 60,7% в структуре дефектов лечения) являлась поздняя госпитализация. Значительно меньшим был удельный вес таких дефектов, как недостаточный объем лечения (7,4%

и 14,3%), неправильно выбранный метод лечения и осложнения адекватно проведенного лечения (по 5,6%), запоздалое лечение (1,9%).

Доля случаев с поздно установленными диагнозами несущественно ($p > 0,05$) отмечалась у акушеров-гинекологов, педиатров, хирургов и терапевтов. Недостаточное обследование с наибольшей долей (40,0%) наблюдалось у хирургов, несвоевременная консультация — у терапевтов. Недооценка тяжести состояния пациентов имела место среди педиатров и терапевтов. Такой дефект, как поздняя госпитализация, почти с одинаковым (довольно значительным) удельным весом имел место у акушеров-гинекологов и хирургов, вдвое ниже был этот показатель у терапевтов и педиатров. Запоздалое лечение было отмечено только у педиатров. Недостаточный объем помощи наиболее часто встречался у стоматологов, а неправильно выбранный метод лечения — у стоматологов и представителей нетрадиционной медицины. У отоларингологов единственным дефектом было наличие осложнений от проведенного лечения, наблюдался этот дефект и у врачей акушеров-гинекологов. При анализе дефектов ведения беременных, рожениц и детей в стационаре обращает на себя внимание значительная доля случаев (33,1%), когда в ведении пациентов принимали участие несколько специалистов. Почти половина (42,5%) дефектов пришлось на акушеров-гинекологов, меньшим был удельный вес врачей других специальностей.

Дефекты лечения несколько преобладали над дефектами диагностики, однако это было характерно не для всех специалистов. Так, если у инфекционистов присутствовали только дефекты лечения, преобладали они также у анестезиологов-реаниматологов, педиатров, среднего медицинского персонала, а также в случаях ведения пациента несколькими специалистами, то для терапевтов, хирургов, акушеров-гинекологов более характерными были ошибки диагностики. В структуре дефектов лечения преобладали дефекты при оказании анестезиологи-

ческого пособия и реанимации. Далее следовали недостаточный объем лечения, неправильный выбор его метода, дефекты оперативного пособия, не-достаточный контроль за состоянием пациентов, несвоевременный (необоснованный) перевод или выписка больных из стационара.

Список литературы

1. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы // Указ Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 г., №1438.
2. Уголовный кодекс РК с доп. изм. — Алматы: Юрист, 2007. — С.147.
3. Белобородова Н.Г. О медицинских и правовых аспектах контроля и экспертизы качества медицинской помощи // Научн. труды Всероссийского съезда по медицинскому праву. — М., 2005. — С. 167–172.
4. Клипах В.М. Системный подход к контролю качества медицинской помощи // Научн. труды 2-го Всероссийского съезда по мед. праву. — М., 2005. — с. 182–187.
5. Гражданский кодекс РК с доп. и изм. — Алматы: Юрист, 2007. — С.307.
6. Тучик Е.С., Скребнев А.В. О соблюдении законности при производстве судебно-медицинских экспертиз по материалам гражданских и уголовных дел // Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской службы в Российской Федерации: Материалы 5-го Всероссийского съезда судебных медиков. — М.; Астрахань, 2000. — С. 51– 52.
7. Вермель И.Г. Судебно-медицинская экспертиза врачебной деятельности. — Свердловск: Изд-во Уральск. у-та, 1988. — 112 с.
8. Новоселов В.П. Профессиональная деятельность работников здравоохранения. Ответственность. Права. Правовая защищенность. — Новосибирск, 2001. — С. 309.
9. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. — М.: Иваново, 2001. — С. 284.