

ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ

Давранова Азиза Эркиновна
Доцент кафедры Судебной медицины
Самаркандского государственного
медицинского университета

Худоёров Сайёджон Неъматилло угли
Клинический ординатор 2 курса
кафедры Судебной медицины
Самаркандского государственного
медицинского университета

Мейлиев Хумоюн Абдумуродович
Государственный судебно-медицинский
эксперт РНПЦСМЭ
Самаркандского филиала.

Аннотация. Проанализированы неблагоприятные исходы и дефекты оказания хирургической помощи на всех этапах ее оказания. Установлено, наиболее часто наблюдались дефекты хирургической помощи (57%). При этом преобладали дефекты диагностики (64,3%), в основном, в виде нераспознавания основной патологии (55,6%), а также в виде дефектов хирургического лечения (40%); которые возникали в основном из-за субъективных причин что составило (85,7%), в виде неполноценного обследования больного (75%). Установлено, что ДОМП на госпитальном этапе преобладают (92,8%) над дефектами догоспитального этапа (7,2%). В исходе большинство из них (71,4%) способствовали наступлению смерти.

Ключевые слова: дефекты оказания медицинской помощи, хирургия, комиссионные судебно-медицинские экспертизы.

DEFECTS IN PROVIDING SURGICAL CARE IN FORENSIC MEDICINE

Davronova Aziza Erkinovna

**Associate Professor of the Department of
Forensic Medicine Samarkand State
medical university
Khudoyorov Sayyojon Nematillo ugli
2nd year clinical resident
Department of Forensic Medicine
Samarkand State medical university**

**Meiliyev Khumoyun Abdumurodovich
State forensic medical
Expert of the RSC EMCME
Samarkand branch.**

Abstract. Unfavorable outcomes and defects in the provision of surgical care at all stages of its provision were analyzed. It was established that surgical care defects were most frequently observed (57%). At the same time, diagnostic defects prevailed (64.3%), mainly in the form of failure to recognize the underlying pathology (55.6%), as well as in the form of surgical treatment defects (40%); which occurred mainly due to subjective reasons, which amounted to 85.7%), in the form of incomplete examination of the patient (75%). It was established that DMPs at the hospital stage predominate (92.8%) over defects at the pre-hospital stage (7.2%).

Keywords: medical care defects, surgery, commission forensic medical examinations.

Актуальность. Профессиональная деятельность медицинских работников характеризуется высоким риском. С одной стороны, медицинские работники рискуют собственным здоровьем и жизнью, с другой – существует риск неблагоприятного исхода медицинской помощи для пациента [1].

Неблагоприятный исход медицинской помощи как наиболее частая причина обращения пациента (либо его родственников) с жалобой в

правоохранительные органы может наблюдаться вследствие ятрогении, несчастных случаев в медицинской практике, врачебной ошибки и противоправных действий врача [6].

Экспертный разбор случаев по поводу ненадлежащего выполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей представляет довольно сложную задачу в связи с тем, что отсутствует комплексный подход к проведению различных видов экспертиз, единая общепринятая терминология в отношении наименований дефектов, существующая различная трактовка экспертами идентичных действий медицинского персонала [3].

В связи с этим требуется дальнейшее совершенствование эффективности анализа дефектов оказания медицинской помощи в конкретных группах, дифференцированных по отдельным медицинским специальностям [2,4] и нуждается в разработке вопрос определения тяжести вреда, причиненного здоровью пациента в результате ненадлежащего исполнения врачом своих профессиональных обязанностей [5].

Цель исследования. Анализ характера дефектов оказания хирургической помощи по материалам судебно-медицинских экспертиз, направленных на предупреждение возникновения осложнений и неблагоприятных исходов в хирургической практике.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами были проанализированы 36 комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам о ненадлежащем выполнении медицинским персоналом своих профессиональных обязанностей в лечебно-профилактических учреждениях Самаркандской области за 2016 год.

По всем случаям в масштабе Самаркандского областного бюро СМЭ проводились комиссионные судебно-медицинские экспертизы с участиями высококвалифицированных (профессоры, доценты) специалистов хирургов, травматологов, урологов и окулистов. Комиссионная экспертиза

проводилась в соответствии критериям согласно правилам к приказу Минздрава РУз № 153, приложение № 8 от 01 июня 2012 года.

Результаты и их обсуждение. Проведенный анализ показал, что из 36 заключений комиссионной экспертизы в 14 (38,9%) случаях проводились в отношении медицинских работников хирургического профиля.

Распределение экспертиз по характеру дефектов оказания медицинской помощи в соответствии со специальностями оказалось следующим. Лидирующее место занимают врачи-хирурги 8 (57,1%) случаев, второе место занимают травматологи и ЛОР-врачи по 2 (14,3%) случая. Значительная часть экспертиз также проводилась по случаям неблагоприятных исходов в практике окулистов-1(7,2%) и урологов-1(7,2%).

Установлено, что наибольшее количество отмеченных экспертными комиссиями дефектов было допущено на этапе оказания помощи в стационарах-13 случаев (92,8%). Максимальное число дефектов было у хирургов (57,1%), травматологов и ЛОР (15,4%), окулистов (7,2%) и урологов (7,2%). Также в 1 случае (7,2%) дефект был допущен на дому бригадой скорой медицинской помощи. При этом дефекты диагностики выявлены в 9 случаях(64,3%) которые проявлялись в следующем: нераспознавание основной патологии-5случаев (37,5%), нераспознавание важной сопутствующей патологии и ее осложнения-2случая(14,4 %),а также нераспознанное осложнение основной патологии и поздняя диагностика по-1 случаю (7,2 %).

На этапе лечения ДОМП отмечалось в 5 случаях(35,4%), которые выражались в дефектах хирургического лечения-2 случая (40%), а также поздняя госпитализация, ошибки при назначении и проведении медицинских процедур, неправильное применение лекарственных средств по 1 случаю(7,2%). Это часто приводило к ранним и (или) поздним осложнениям различной степени тяжести, которые влияли на исход заболевания. В свою очередь это также являлось поводом для исков со стороны родственников пациента к медицинским организациям.

Сложной остается проблема о соблюдении отраслевых стандартов и нарушениях должностных инструкций и применении на практике методических рекомендаций. Следственные и судебные органы довольно часто ставили перед экспертными комиссиями вопросы, касающиеся соблюдения врачами отраслевых стандартов, ведомственных инструкций и применения методических рекомендаций. По материалам комиссионных экспертиз не соблюдались отраслевые стандарты и нарушались должностные инструкции, что может считаться серьезными нарушениями медицинской деятельности.

При анализе причин возникновения выявлено, что в большинстве случаев-12 (85,7%) ДОМП допущены из-за субъективных причин, в частности, они выражаются в неполноценном обследовании больного-9 случаев (75%), недостаточной квалификации медицинского персонала-2 случая (16,7%) и невнимательном отношении к больному-1 случай (8,3%).

Также отмечены объективные причины: в виде позднего обращения за медицинской помощью и в виде недостатков при организации лечебно-диагностического процесса-по 1 случаю (7,2%).

В ходе проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз не только устанавливались наличие и характер дефектов медицинской помощи, но и оценивалось их влияние на исход заболевания, патологического состояния или травмы.

В ходе изученных нами комиссионных судебно-медицинских экспертиз прямая причинно-следственная связь между дефектами оказания хирургической помощи и неблагоприятным исходом (смертью) имела место в 71,4% (10) наблюдений, в 3 случаях (21,4%) привели к удлинению срока лечения и в 1 случае (7,2%) наступлению инвалидности.

Степень тяжести вреда здоровью при наличии прямой причинно-следственной связи дефектов оказания медицинской помощи с неблагоприятным исходом определялась по определенным критериям

согласно правилам к приказу Минздрава РУз №153, приложение №8 от 01 июня 2012 года.

Дефектами, которые способствовали наступлению смерти и привели к длительному расстройству здоровья, чаще были следующие: запоздалая диагностика, неадекватная терапия (как по объему, так и по составу вводимых препаратов), поздняя госпитализация больных, ранний перевод больных из отделения интенсивной терапии, а также недостаточный контроль и наблюдение за больными, приведшие к несвоевременному (запоздалому) оказанию медицинской помощи. К длительному расстройству здоровья приводили дефекты оперативных вмешательств и манипуляций, в результате которых повреждались органы: почки, яичники, мочеточник.

Оценка степени тяжести вреда здоровью проводилась и по признаку стойкой утраты общей трудоспособности. Это наблюдалось, когда в качестве осложнения возникали стойкие, необратимые процессы.

Кроме того, неблагоприятный исход лечения с позиции степени тяжести вреда здоровью оценивался как тяжкий вред здоровью по признаку утраты органа (ампутация правой почки).

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что в 38,9 % комиссионные экспертизы назначались по отношению медицинских работников хирургического профиля, из них наиболее часто по отношению хирургов 57%, при этом, по характеру преобладали дефекты диагностики 64,3% в основном в виде не распознавания основной патологии 55,6%, а также в виде дефектов хирургического лечения 40%; которые возникали в основном из-за субъективных причин 85,7% в виде неполноценного обследования больного 75%.

ДОМП в основном допускались на госпитальном этапе 92,9% в основном ЦРБ 53,8%. В исходе большинство из них 71,4% способствовали наступлению смерти.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова О.Ю., Герасименко Н.Ф., Григорьев Ю.И., Григорьев И.К. Ответственность за правонарушения в медицине. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. Москва. Академия. 2006. 240 с.
2. Бисюк Ю.В. Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (критерии экспертной оценки и медико-правовые аспекты): автореф. дис. д-ра мед. наук. М., 2008. 49 с.
3. Давранова А.Э. и др. Дефекты оказания хирургической помощи на догоспитальном и госпитальном этапе лечения больных. Материалы конференции. Problems of Modern Surgery. 2023. С.92.
4. Давранова А.Э. и др. Установление локализации места приложения силы по повреждениям длинных трубчатых костей при автотравме. Международный журнал теории новейших научных исследований. 2024. 2(10). С.155–164.
5. Сергеев О.Д. и др. Об экспертной и правовой оценке гражданских дел в случаях ненадлежащего врачевания. Медицинское право. 2005. № 2. С. 17-20.
6. Томилин В.В. Обоснование основных понятий дефектов оказания медицинской помощи. Судебно-медицинская экспертиза. 2000. № 6. С. 4-8.