

Ш.Э.Исламов

Причины допущения дефектов медицинской помощи

СамГосМИ, г.Самарканд

Во всех странах мира, где проводятся реформы здравоохранения, уделяется приоритетное внимание повышению качества медицинской помощи (МП). В настоящее время во всем мире все большее распространение получают так называемая доказательная медицина - ДМ (Evidence-Based Medicine). Принципы ДМ могут применяться при оценке качества МП. Данные ДМ предложено рассматривать как стандарт врачебных действий, а отклонение от этого стандарта - как врачебную ошибку (6).

А основными критериями улучшения качества МП являются сбор, анализ, принятие правильного решения и распространение научных данных, полученных на основе ДМ (1), а также обслуживания больных (12,15).

Учитывая глобальный характер медицинских ошибок Исполком ВОЗ в январе 2002 года рассмотрел специальную резолюцию «Качество здравоохранения и безопасность больных» и утвердил стратегию по повышению безопасности больных, в которой наметил основные меры по улучшению качества оказания МП населению(13).

Предложена следующая классификация неблагоприятных исходов в связи с проведением мероприятий медицинского характера исходя из причин их возникновения: 1. Характер и тяжесть самого заболевания или травмы; 2. Ятрогении; 3. Несчастный случай; 4. Дефект в оказании медицинской помощи (профилактических, лечебно-профилактических, медико-реабилитационных мероприятий)(ДМП); 5. Врачебная (медицинская ошибка); 6. Медицинский деликт (2).

Исследователи отмечают, что причина большинства медицинских ошибок не из-за наличия пробелов в медицинских знаниях врачей, а в основном из-за человеческого фактора и нарушения медицинской помощи пациентам (14).

З.А. Гиясов с соавт. (3) приводят ряд причин ДМП субъективного и объективного характера. Отмечается различие причин возникновения ДМП среди медицинских работников различного профиля.

По данным З.Б. Холматова (11) в деятельности акушеров-гинекологов сугубо субъективные факторы явились причиной 72,3% ДМП, более половины которых обусловлены недостаточной квалификацией акушер-гинекологов, чаще в Центральной районной больнице (ЦРБ).

Глубокое изучение организации МП в ряде областей Украины показало, что основные просчеты в ранней диагностике и оздоровлении выявленных больных допущены на догоспитальном этапе (ДГЭ); почти в половине случаев больные обследуются недостаточно и не получают полноценного лечения в период бесспорной курабельности, в дальнейшем входят в контингент лиц с хроническими, тяжело излечимыми заболеваниями, которые в основном заполняют стационары (7).

В.В. Томилин с соавт. (10) отмечают, что причины ДМП, допускаемые частнопрактикующими врачами (предприятиями), заключаются в

недостаточной квалификации медицинских работников, отсутствие необходимой материально-технической базы и несоблюдение в ряде случаев санитарно-гигиенических норм.

Т.А. Пашиян с соавт. (5) отмечают, что дефекты организации в деятельности оториноларингологов в большинстве случаев были связаны с дефектами ведения медицинской документации.

В.П.Новоселов с соавт. (4) провели анализ ДМП по специальностям, причинами были: редкость заболевания (1%), атипичное течение заболевания (4,2%), тяжелое состояние больного (2,8%), анафилактический шок (3%), в остальных 89% случаев поводом для претензий к медицинским работникам явились информационно-деонтологические нарушения.

По мнению В.В.Томилина (9) установление причины неправильных действий медицинских работников дает возможность выяснить их сущность и обычно может служить достаточным основанием для оценки последствий. К уважительным причинам неоказания помощи относятся: крайнее переутомление или болезнь медицинского работника, занятость лечением другого, не менее тяжелого больного, отсутствие транспортных средств для выезда к далеко находившемуся больному.

Таким образом, возникновению ДМП способствует ряд причин. Большинство авторов подразделяют их на объективного и субъективного характера, что целесообразно по нашему мнению. К ним нужно добавить и организационные, которые часто упоминаются различными исследователями.

Материал и методы

Материалами для исследования послужили заключения комиссионных судебно-медицинских экспертиз (КСМЭ), составленных по поводу профессиональных правонарушений медицинских работников, проведенных во всех 12 областях, Республиканском Бюро Республики Каракалпакстан, Бюро г.Ташкента и Главном Бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Республики Узбекистан в период с 1999 по 2008 гг. По специальной компьютерной программе с использованием разработанных нами карт-анкет, включающих классифицирующие параметры, исследовались 2369 заключений комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам дел о нарушениях персоналом своих профессиональных обязанностей.

Из 2369 КСМЭ, назначенных в отношении медицинских работников в 49,7% (1178) случаев обнаружено ДМП. Вышеуказанное было внимательно проанализировано и явилось материалом исследования. В связи с вышеуказанными заключениями изучены протоколы 620 заключений и 147 актов судебно-медицинского исследования трупов и живых лиц, других видов судебно-медицинских документов – результатов гистологических, химических исследований и т.п.

Изучены по протоколам КСМЭ данные первичных медицинских документов – истории болезни, карты амбулаторного больного, истории родов, истории развития новорожденного, медицинские карты ребенка, истории развития ребенка, медицинские карты прерывания беременности, карты вызова скорой медицинской помощи, протоколы патологоанатомического

исследования трупа, а так же данные клинических анализов, рентгенологических и других специальных исследований.

Проанализированы также протоколы клинико- и поликлинико-анатомических конференций, актов ведомственных расследований, приказов руководителей Министерства здравоохранения, отделов здравоохранения и лечебно-профилактических учреждений по фактам допущения дефектов оказания медицинской помощи.

Для полноценного изучения дефектов в оказании медицинской помощи, с учетом особенностей медицинской деятельности, нами была разработана модификация классификации ДМП, предложенной Ю.И.Соседко (8). В ней отражены специальности, сущность дефектов, причины их возникновения, место их допущения, а также влияние их на исход.

Статистическую обработку полученного цифрового материала производили с помощью пакета статистического анализа электронных таблиц Exel 2003 Microsoft Offis, применялся z-критерий. Значимыми считались также различия при $P \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Определение причины возникновения дефектов медицинской помощи, хотя и не является прямой задачей судебно-медицинской экспертной комиссии, но, тем не менее, играет важную роль по объективной правовой оценке профессиональной деятельности медицинских работников судебно-следственными органами. При этом большое значение придается назначению и производству комиссионной судебно-медицинской экспертизы, в ходе которой по предоставленным материалам, появляется возможность установления самого факта допущения дефектов при оказании медицинской помощи, их сущности, лиц, которыми они допущены, места их допущения, вида и степени влияния ДМП на исход, а также возможных причин возникновения ДМП. Возникновению отдельных ДМП способствовало несколько причин.

Причины возникновения ДМП условно нами обобщены в следующие 4 группы: 1)сугубо субъективные причины – 1336 (65,26%); 2)организационные причины - 496 (24,23%); 3)объективные причины – 156 (7,62%); 4)прочие - 59 (2,88%).

Выявленные причины возникновения ДМП свидетельствуют о том, что их количество в 2000 г. несколько снизилось до 8,7% по сравнению с предыдущим годом, потом постепенно увеличилось до 12,0% - в 2003г., затем уменьшилось до 10,9% в 2005 г. и 6,6% в 2008 г. В процентном соотношении отмечается резкое преобладание субъективных причин по сравнению с другими группами причин. Среди субъективных большинство составляют – недостаточная квалификация медперсонала (25,6%) и неполноценное обследование больного(24,8%). Невнимательное отношение к больному (14,9%) – несколько увеличилось в 2000г. до 9,5% и 14,1% в 2004,2007гг., затем снизилось до 6,6% ($P < 0,05$) в 2008г.

Пример 1. Заключение КСМЭ № 10 ДКСМЭ – 1999.

Гр-н Б.Т., 42 года. С диагнозом «Пищевое отравление (колбасой)» был госпитализирован в инфекционную больницу. После обследования назначены лечебные мероприятия, проведена инфузионная терапия. При внутривенном переливании 5% глюкозы отмечалась пирогенная реакция. Из-за отсутствия грелки медсестра к ногам подложила баклажку с горячей водой. Спустя несколько часов, забрала баклажку с водой. В результате больной получил ожоги задней поверхности левой ноги II-III степени. Еще 11 дней лечился в ожоговом отделении.

Среди организационных причин основную массу составили – недостатки в организации лечебно-диагностического процесса (20,7%), число которых увеличилось в 2001г.(13,5%), затем снизилось до 6,4% в 2005г. и увеличилось до 8,5% в 2007г.

Объективные причины составляют 7,6% по сравнению с другими причинами, среди которых явно преобладали - позднее обращение к врачу (3,7%), наблюдалось их увеличение до 18,4% в 2002г., со снижением до 2,6% в 2006г. и увеличением до 5,3% ($P < 0,05$) в 2007 году .

Анализ причин возникновения ДМП в разрезе специальностей показал, что в большинстве они отмечались в деятельности акушер-гинекологов (25,0%), хирургов (16,8%), педиатров (8,0%), травматологов (7,5%), терапевтов (7,2%), реаниматологов (5,9%), нейрохирургов (4,9%), врачей ВТЭК (3,6%), инфекционистов (3,5%), среднего медицинского персонала (2,4%) ($P < 0,05$). Исследование причин возникновения ДМП среди различных специальностей показал следующее: невнимательное отношение к больному составляло большинство в деятельности врачей скорой медицинской помощи (СМП) (35,3%), среднего медицинского персонала (30,6%), педиатров (23,3%), терапевтов (17,0%), травматологов (15,0%), реаниматологов (14,9%), акушер-гинекологов (14,1%), хирургов (12,8%), инфекционистов (12,7%), нейрохирургов (9,9%). Недостаточная квалификация медицинского персонала составляла большинство в деятельности среднего медперсонала (61,2%), реаниматологов (37,2%), травматологов (34,6%), невропатологов (27,0%), врачей СМП (26,5%), нейрохирургов (25,7%), хирургов (25,1%), акушер-гинекологов (21,5%), инфекционистов (21,1%), терапевтов (19,7%), педиатров (15,3%), а также у окулистов, патологоанатомов, ЛОР-врачей, рентгенологов, урологов. Неполноценное обследование превалировало у невропатологов (54,1%), нейрохирургов (33,7%), травматологов (28,1%), терапевтов (27,9%), хирургов (26,5%), инфекционистов (25,4%), акушер-гинекологов (22,7%), реаниматологов (21,5%), педиатров (20,9%), врачей ВТЭК (17,6%) ($P < 0,05$), а также у фтизиатров, гематологов, кожвенерологов, стоматологов, урологов. Среди организационных причин основную массу составили недостатки в организации лечебно-диагностического процесса, которые отмечались у врачей ВТЭК (44,6%), педиатров (31,9%), акушер-гинекологов (28,0%), терапевтов (22,4%), врачей СМП (17,6%), инфекционистов (16,9%), хирургов (15,5%), нейрохирургов (13,9%), травматологов (10,5%), среднего медперсонала (8,2%), а также у патологоанатомов, онкологов, реаниматологов, урологов, фтизиатров.

Пример 2. Заключение КСМЭ №2 – 2005.

Ребенок Н.Н.. Роженица была госпитализирована в родильное отделение ЦРБ, где родоразрешена – кесаревым сечением. Родился мальчик, состояние было оценено как тяжелое, переведен в отделении патологии новорожденных, где через 10 часов скончался. Отмечены дефекты развития ребенка. При анализе выяснено, что на учет в сельской врачебной амбулатории (СВА) была поздно принята на учет, не выявлена хроническая анемия, лечение которой вообще не проводилось. При своевременной организации лечебно-диагностического процесса в амбулаторных условиях, была возможность обеспечения нормального развития плода и рождение здорового ребенка.

Из объективных причин превалировало – позднее обращение к врачу в основном в деятельности нейрохирургов (9,9%), педиатров (7,4%), инфекционистов (7,0%), хирургов (6,4%), реаниматологов (2,5%), акушер-гинекологов (2,3%) ($P < 0,05$). Другие причины возникновения ДМП в основном выявлены в деятельности врачей ВТЭК(28,4%), терапевтов инфекционистов (7,0%), и других специальностей.

Выявление взаимосвязи характера ДМП с причинами возникновения свидетельствует о том, что в основном они возникали из-за субъективных причин (65,26%), организационных (24,23%) и объективных (7,62%). Так из субъективных причин возникновению дефектов диагностики часто способствовало невнимательное отношение к больному при нераспознавание основного заболевания (травмы) (13,5%) и его осложнений (21,1%), а также важного сопутствующего заболевания (4,6%); из дефектов лечения – ошибки при назначении и проведении медицинских процедур (11,2%), неправильное применение лекарственных средств (5,6%), дефекты хирургического лечения (5,6%); из дефектов организации – нарушение правил транспортировки (12,2%), недостатки диспансерного наблюдения (7,2%), недостатки ведения медицинской документации (5,9%) ($P < 0,05$).

Недостаточная квалификация медперсонала приводили к дефектам диагностики - нераспознавание основного заболевания (травмы) (14,9%) и его осложнений (23,1%), важного сопутствующего заболевания (5,2%); к дефектам лечения – ошибки при проведении медицинских процедур (14,3%), дефекты хирургического лечения (9,4%), неправильное применение лекарственных средств (7,1%); к дефектам организации – нарушению правил транспортировки (4,4%), недостатки ведения медицинской документации (3,8%) ($P < 0,05$).

Пример 3. Заключение КСМЭ №53 - 2005.

Гр-ка Г.А., 34 года. Была госпитализирована в городской родильный комплекс. Диагноз: «Беременность 39 недель, гестоз, раннее отхождение околоплодных вод, поперечное расположение плода». Решено было оперативное родоразрешение – кесарево сечение. При даче наркоза у пациентки развился ларингбронхоспазм, отек легких и из-за острой дыхательной недостаточности наблюдался летальный исход. Анестезиологом неверно проведена подготовка и дача наркоза, необходимо было выбрать другие методы обезболивания. Причина – недостаточная квалификация анестезиолога.

Неполноценное обследование к дефектам диагностики - нераспознавание основного заболевания (травмы) (16,5%) и его осложнений (24,8%), важного сопутствующего заболевания (7,7%); дефектам лечения – ошибки при назначении и проведении медицинских процедур (в т.ч. нерациональное ведение родов) (8,5%), дефекты хирургического лечения (6,7%), неправильное применение лекарственных средств (4,7%); дефектам организации – нарушение правил транспортировки (4,9%), недостатки ведения медицинской документации (4,7%), недостатки диспансерного наблюдения (3,9%) ($P < 0,05$). Недостатки в организации лечебно-диагностического процесса приводили к дефектам диагностики - нераспознавание основного заболевания (травмы) (9,7%) и его осложнений (18,4%), важного сопутствующего заболевания (5,4%); к дефектам лечения – ошибки при назначении и проведении медицинских процедур (в т.ч. нерационально ведение родов) (9,7%), дефекты хирургического лечения (4,7%), неправильное применение лекарственных средств (4,7%); к дефектам организации – нарушение правил транспортировки (9,5%), недостатки диспансерного наблюдения (8,7%), недостатки ведения медицинской документации (8,3%), а также к неправильному оформлению отказа пациента от медицинского вмешательства (4,3%) ($P < 0,05$). Отсутствие необходимых средств диагностики приводило к нераспознаванию основного заболевания (травмы) (14,3%) и его осложнений (21,4%), из дефектов лечения – к дефектам хирургического лечения (14,3%) и неправильному применению лекарственных средств (7,1%); к дефектам организации – недостатки ведения медицинской документации (7,1%) ($P < 0,05$). Отсутствие необходимых средств лечения способствовало нераспознаванию основного заболевания (травмы) (5,0%) и его осложнений (20,0%), к дефектам лечения – ошибки при проведении медицинских процедур (20,0%), дефекты хирургического лечения (10,0%), неправильное применение лекарственных средств (10,0%); из дефектов организации – нарушению правил транспортировки (5,0%) ($P < 0,05$). Отсутствие преемственности в лечении способствовало нераспознаванию осложнений основного заболевания (травмы) (23,1%); к дефектам лечения – ошибки при проведении медицинских процедур (15,4%), дефектам хирургического лечения (12,8%), неправильному применению лекарственных средств (10,3%); к дефектам организации – нарушению правил транспортировки (5,1%), недостатки ведения медицинской документации (2,6%) ($P < 0,05$). Из объективных причин – позднее обращение к врачу способствовало нераспознаванию основного заболевания (травмы) (6,6%) и его осложнений (14,5%), к дефектам лечения – поздняя госпитализация (32,9%), ошибки при проведении медицинских процедур (6,6%), а также нарушению правил транспортировки (5,3%), неоформлению отказа пациента от медицинского вмешательства (5,3%) ($P < 0,05$). Атипичное течение болезни (травмы) к нераспознаванию основного заболевания (травмы) (19,2%) и его осложнений (19,2%), к поздней госпитализации (11,5%), нарушению правил транспортировки (7,7%) ($P < 0,05$). Объективные трудности при оказании медицинской помощи привели к нераспознаванию основного заболевания (травмы) (14,8%) и его осложнений (20,4%), важного сопутствующего

заболевания (11,1%) и его осложнений (9,3%); к поздней госпитализации (7,4%), на нарушению правил транспортировки (5,6%) и неоформлению отказа пациента от медицинского вмешательства (1,9%)($P < 0,05$).

Пример 4. Заключение КСМЭ №3 – 2001.

Подросток Н.С., 15 лет. Был сбит автомашиной и был госпитализирован в реанимационное отделение областного центра «Детской хирургии». Где после обследования был проведен торакоцентез, лапаротомия. Несмотря на проведенные лечебные мероприятия, через 1,5 часа наблюдалась смерть больного. При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены – разрыв левого легкого, кровоизлияния в забрюшинное пространство, оскольчатый перелом костей таза, разрыв мочевого пузыря, гемоперитонием, кровоизлияния в легкие, печень, селезенку и диафрагму. Отмечены объективные трудности при оказании медицинской помощи больному – множественность повреждений, тяжесть состояния, короткое пребывание больного в стационаре (3 ч. 15 мин.).

Другие причины возникновения ДМП приводили также к нераспознаванию основного заболевания (травмы) (5,1%) и его осложнений (8,5%), к ошибкам при назначении и проведении медицинских процедур (5,1%), к недостаткам ведения медицинской документации (18,6%), нарушению правил транспортировки (6,8%) и другим дефектам организации (33,9%), а также к неправильному оформлению отказа пациента от медицинского вмешательства (5,1%).

Следовательно, возникновению ДМП способствует в некоторых случаях несколько причин. Среди причин основную массу составляют субъективные и организационные. Среди субъективных преобладают неполноценное обследование больного, а также недостаточная квалификация медицинского работника и невнимательное отношение к больному, которые в основном наблюдались в деятельности акушер-гинекологов, хирургов, педиатров, терапевтов, среднего медицинского персонала. Из организационных причин большинство составили недостатки в организации лечебно-диагностического процесса в основном в деятельности педиатров, инфекционистов, акушер-гинекологов, врачей СМП и др. Среди объективных причин чаще отмечалось – позднее обращение к врачу в основном в деятельности невропатологов, нейрохирургов, инфекционистов, педиатров, хирургов. При этом субъективные причины в основном приводили к дефектам диагностики, дефектам лечения. Из организационных причин – чаще недостатки в организации лечебно-диагностического процесса приводили к дефектам диагностики, лечения, а также дефектам организации. Из объективных причин большинство составили позднее обращение к врачу и объективные трудности при оказании медицинской помощи, которые в основном способствовали развитию дефектов диагностики и лечения, а также нарушению правил транспортировки. При исследовании причин по годам наблюдается снижение их числа в последние годы (2006, 2008 гг.), вместе с тем сохраняется преобладание субъективных и организационных причин. Также выявлены характерные черты причин возникновения ДМП по сущности и в разрезе специальностей.

Литература

- 1) Асадов Д.А., Нажмитдинов А.М., Собиров Д.М., Тагиров Ч.Н. Качество медицинской помощи и доказательная медицина // Медицинский журнал Узбекистана, 2004. - № 3 –с. 12-15.
- 2) Буромской И.В. Кильдюшов Е.М. Предложение по стандартизации терминологии, используемой при оценке качества оказания медицинской помощи // Судебно-медицинская экспертиза, 2007, № 3, с. 17-20.
- 3) Гиясов З.А. , Калиш Ю.И., Ким Л.А., Холматов З.Б. Дефекты медицинской помощи по материалам судебно-медицинских экспертиз. // Хирургия Узбекистана, 2000, № 4, с. 102-107.
- 4) Новоселов В.П., Канунникова Л.В. Комплексная оценка ненадлежащего оказания медицинской помощи. // Проблемы экспертизы в медицине – Ижевск – 2005, № 4 – с. 4-6.
- 5) Пашинян Г.А., Талалаев В.Н., Анютин Р.Г. Экспертная оценка дефектов оказания медицинской помощи в отоларингологии. // Судебно-медицинская экспертиза, 2004, № 4, с. 3-6.
- 6) Пиголкин Ю.И., Богомолова И.Н. Применение принципов доказательной медицины в качестве критериев полезности новых методов исследования в экспертной практике. // Судебно-медицинская экспертиза, 2004, № 6, с. 3-6.
- 7) Романенко А.Е. Главная цель – повышение качества и эффективности медицинской помощи// Советское здравоохранение. - 1986, № 9, с. 3-8.
- 8) Соседко Ю.Н. Работа судебно-медицинского эксперта по выявлению и профилактике дефектов медицинской помощи // Военно-медицинский журнал, 1991, № 3, с. 33-37.
- 9) Томилин В.В. Ответственность медицинских работников в случаях нарушения ими своих профессиональных обязанностей. // Военно-медицинский журнал – 1991, № 8, с. 75-78, № 10, с. 71-73.
- 10) Томилин В.В., Соседко Ю.И. Дефекты медицинской помощи, допускаемые частнопрактикующими врачами (предприятиями) // Судебно-медицинская экспертиза, 2001, № 4, с. 3-5.
- 11) Холматов З.Б. Некоторые судебно-медицинские аспекты профессиональной деятельности акушеров-гинекологов. Автореф... канд. мед. наук – Ташкент – 2005, 18 с.
- 12) Benjaminsen S.E., Knudsen A.F., Thomsen R.L., Balslov K.D. Prevention of repeated suicide attempts. Evaluation of the treatment effectiveness // Ugeskr. Laeger., -2006. –Feb.6. – №168(6) - P.553-558.
- 13) Quality of Care Patient Safety. WHO, 2002, Resolution E.B.,- 10s – 16 P.
- 14) Rall M., Shaedle B., Zieger J. et al. Innovative training for enhancing patient safety. Safety culture and integrated concepts // Unfallchirurg – 2002 – Nov. – 105(11) – P. 1033 –1042.
- 15) Rieck M., Moreland J. The Orpington Prognostic Scale for patients with stroke: reliability and pilot predictive data for discharge destination and therapeutic services // Disabil. Rehabil. 2005 – Dec. 15 – 27 (23) – P. 1425-1433.

ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ
в У11 Всероссийском съезде судебных медиков «Основные направления
развития судебно-медицинской экспертизы в Российской Федерации»

Фамилия: Исламов	Имя: Шавкат
Отчество: Эрайитович	Дата рождения: 18.09.1972
Специальность: судебно-медицинский эксперт	Ученая степень: кандидат медицинских наук
Должность: старший преподаватель кафедры судебной медицины	
Учреждение: Самаркандский Государственный медицинский институт	
Адрес учреждения: 140100, Республика Узбекистан, г.Самарканд, ул. А.Тимура 18	
Адрес для переписки: 140161, Республика Узбекистан, г.Самарканд, Сартепо 148/18	
Телефон(с кодом): +998669312721	Факс(с кодом) (3662) 233-71-75
Адрес электронной почты: shavkat-smbe@rambler.ru	
Форма участия в конференции:	публикация
Обеспечение выступления	
Необходимость бронирования места в гостинице:	нет
	26.08.2010