

ПРИЧИНЫ НЕАДЕКВАТНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ш.Э. ИСЛАМОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ТИББИЙ ЁРДАМНИ ТАЛАБ ДАРАЖАСИДА КЎРСАТМАСЛИКНИНГ САБАБЛАРИ

Ш.Э. ИСЛАМОВ

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

CAUSES OF INADEQUATE MEDICAL CARE

Sh.E. ISLAMOV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Мақола йўл қўйилган тиббий ёрдам нуқсонлари сабаблари таҳлиliga бағишланган. Сабаблар 3 та гуруҳга бўлинган: субъектив, объектив, ташкилий. Келиб чиқиши омиллар орасида кўпчиликни субъектив ва ташкилий сабаблар ташкил қилган. Субъектив сабаблар кўпинча беморни нотўлиқ тегишириши, ҳамда тиббий ходимнинг малакасизлиги ва беморга эътиборсизликдан иборат, улар асосан акушер-гинеколог, жарроҳ, педиатр, терапевт, ўрта тиббий ходимлар фаолиятида кузатишган. Бунда субъектив сабаблар асосан даволаш ва диагностика нуқсонларига олиб келган.

Калит сўзлар: тиббий ёрдам нуқсонлари, ТЁН моҳияти, ТЁН субъектив сабаблари, нохуш салбий ҳолат.

The paper is devoted to the analyses of reasons of rendering medical aid defects. Divided into 3 groups of causes: the subjective, objective, organizational. Among the causes the majority presented subjective and organizational ones. Among subjective causes inadequate examination and careless management of patients as well as inadequate qualification of medical personnel prevailed and in most cases they were observed in medical practice of obstetricians – gynecologists, surgeons, pediatricists, internists, paramedical personnel. With this, subjective causes resulted in diagnostic and treatment defects on the whole.

Key-words: rendering medical aid defects, the character of DMA; subjective causes of DMA; unfavourable outcome.

Введение. В странах, где проводится реформирование системы здравоохранения, особое внимание уделяется 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 [9,14].

Под контролем качества понимают методические вопросы разработки критериев и стандартов качества и проведение на их основе сравнительного анализа, и под обеспечением качества - достижение необходимого уровня медицинского обслуживания и его совершенствование [8,13]. В последние годы возрастает интерес к анализу причин неблагоприятных исходов и недостижению ожидаемого результата лечения [11].

В основе объективных причин находятся своевременно не предотвращенные или не осознанные субъективные факторы [12]. Специалисты считают, врачебные ошибки допускаются по двум причинам: поведению и недомыслию, а причины по существу - только субъективные [4].

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 [2,5].

Ковалев А.А. и соавт. [6] приводят ряд причин ДМП субъективного и объективного характера. Отмечается различие причин возникновения ДМП среди медицинских работников различного профиля [1,3,7].

Таким образом, возникновению ДМП способствует ряд причин. Большинство авторов подразделяют их на объективного и субъективного характера, что целесообразно по нашему мнению.

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. Таш-

кента и Главном Бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Республики Узбекистан в период с 1999 по 2010 гг. По специальной компьютерной программе с использованием разработанных нами карт-анкет, включающих классифицирующие параметры, исследовались 2890 заключений комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам дел о нарушениях персоналом своих профессиональных обязанностей.

Из 2890 КСМЭ, назначенных в отношении медицинских работников в 47,2% (1363) случаев обнаружено ДМП. Вышеуказанное было внимательно проанализировано и явилось материалом исследования. В связи с вышеуказанными заключениями изучены протоколы 743 заключений и 163 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 [10]. 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 Excel 2003 Microsoft Office, с вычислением средних ошибок для средних арифметических ($M+m$). Достоверным считались также различия, когда $0,01 \leq P \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. 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. При исследовании учитывался тот момент, что возникновению отдельных ДМП способствовало несколько причин.

Вышеуказанные причины возникновения ДМП условно нами обобщены в следующие 3 группы:

- 1) сугубо субъективные причины – 1561 (66,9%);
- 2) организационные причины - 575 (24,6%);
- 3) объективные причины – 198 (8,5%).

В процентном соотношении отмечается резкое преобладание субъективных причин по сравнению с другими группами причин. Среди субъективных большинство составляют – недостаточная квалификация медперсонала (25,0%) и неполноценное обследование больного (24,8%). Невнимательное отношение к больному (17,1%) – несколько увеличилось 11,8% в 2004,2007гг., затем снизилось до 5,6% ($P < 0,05$) в 2008г.и в 2010г. Объективные причины составляют 8,5% по сравнению с другими причинами, среди которых преобладали: позднее обращение к врачу (3,3%), которое отмечалось ростом до 17,9% в 2002 г., со снижением до 1,3% в последние годы.

Анализ ДМП в разрезе специальностей показал, что несколько причин возникновения более всего отмечалось в деятельности акушер-гинекологов, хирургов, травматологов, педиатров, терапевтов, реаниматологов. Невнимательное отношение к больному, относительно других причин, составляло большинство в деятельности врачей СМП (34,8%), среднего медицинского персонала (27,1%), терапевтов (24,7%), педиатров (24,2%) и др. Недостаточная квалификация медицинского персонала была в большинстве в деятельности среднего медперсонала (62,7%), реаниматологов (38,3%), травматологов (32,8%), невропатологов (26,3%). Неполноценное обследование, чем другие причины ДМП превалировало у невропатологов (55,3%), нейрохирургов (33,9%), травматологов (29,0%), хирургов (26,2%) и др. ($P < 0,05$). Среди организационных причин следует отметить недостатки в организации ЛДП, которые чаще отмечались у фтизиатров (57,7%), врачей ВТЭК (44,0%), педиатров (31,9%), акушер-гинекологов (28,4%), и др. Из объективных причин превалировало позднее обращение к врачу в основном в деятельности нейрохирургов (8,5%), инфекционистов (6,8%), педиатров (6,6%), хирургов (5,8%) и др. ($P < 0,05$).

Исследуемая причина составляла большинство в деятельности наркологов (80%), психиатров и эндокринологов (по 50%), врачей СМП (34,8%), среднего медперсонала (27,1 В анализах,

проведенных позднее отмечается снижение общего показателя. Хотя по отдельным специальностям (педиатр) наблюдается рост по исследуемому признаку. Выявлено, что субъективные причины чаще способствовали нераспознаванию основного заболевания и его осложнений, дефектам хирургического лечения и ошибкам при проведении медицинских процедур, а также нарушению правил транспортировки. В разрезе специальностей это выражалось в следующем: у наркологов – в невнимательном отношении к пациентам с наркологической зависимостью, находящимся в состоянии алкогольного опьянения. У психиатров – в недолжном отношении к больным с различными формами шизофрении, психозов, эпилепсии. У эндокринологов – к пациентам с сахарным диабетом, различными формами зоба. У среднего медицинского персонала – дефекты при оказании МП допускались при вакцинации, диспансерном наблюдении за детьми из группы риска, взятии их на учет, проведении медицинских процедур. У врачей СМП – к больным, которым требуется срочная госпитализация в стационар, оставление их на дому, отказ от обследования и госпитализации при подозрении на алкогольное опьянение.

Недостаточная квалификация медицинского персонала является одним из частых причин допускаемых ДМП. Показатели дефектов по этой причине по годам и в разрезе специальностей приведены ниже.

Данный признак в качестве причины возникновения ДМП составляет большинство в деятельности врачей функциональной диагностики, табибов (по 100%), рентгенологов (73,7%), ЛОР-врачей (68,8%), проктологов (66,7%) и др. ($P < 0,05$). Рост исследуемого показателя отмечается в 2004, 2006гг. и со снижением в последующем ($P < 0,05$). Высокие темпы роста допущения дефектов наблюдаются в деятельности акушеров-гинекологов, травматологов, нейрохирургов и среднего медицинского персонала с некоторым снижением по отдельным специальностям, именно в последние годы.

Неполноценное обследование является также частой причиной субъективного характера. Увеличение показателя отмечается до 2003г., со снижением в последующие годы ($P < 0,05$). Хотя по характеру они также способствовали возникновению ДМП диагностики, лечения и прочих.

Полученные данные свидетельствуют, что описываемая причина относительно других в возникновении ДМП наблюдалась в деятельности гематологов (75,7%), кардиологов (66,1%), кожных венерологов (61,9%), невропатологов (55,3%), эндокринологов (50%) и др. ($P < 0,05$). У гематологов неполноценное обследование пациентов с различными формами анемии, лейкозов, ВИЧ-инфекцией. У кардиологов при обследовании

больных с сердечно-сосудистой патологией (при инфаркте миокарда, ишемической болезни сердца, гипертонической болезни), отказ или недостаточное обследование, при подозрении на алкогольное опьянение. У кожных венерологов – пациентов с дерматитами, венерическими заболеваниями (гонореей, сифилисом). У невропатологов – больных с различными формами инсультов, плекситов, радикулита. У эндокринологов – пациентов с различными типами сахарного диабета, формами зоба.

Заключение. Таким образом, возникновению ДМП способствует в некоторых случаях несколько причин. Среди причин ДМП основную массу составляют субъективные, среди которых ($P < 0,05$) 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, травматологов, реаниматологов, нейрохирургов, среднего медицинского персонала. При этом субъективные причины в основном приводили к дефектам диагностики, дефектам лечения – ошибкам при назначении и проведении медицинских процедур (в т.ч. нерациональное ведение родов), дефектам хирургического лечения и дефектам организации. При исследовании причин по годам наблюдается снижение их числа в последние годы (2006, 2008гг.), вместе с тем сохраняется преобладание субъективных и организационных причин. Также выявлены характерные черты причин возникновения ДМП по сущности и в разрезе специальностей.

Литература:

1. Баринов Е.Х., Ромодановский Л.О. Изучение неблагоприятных исходов в акушерско-гинекологической практике // Медицинское право, 2012 №6 (46), с.44-47.
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. Витер В.И., Козлова Т.С., Поздеев А.Р. Ятрогенные постинъекционные осложнения как объект судебно-медицинских экспертиз // Проблемы экспертизы в медицине, 2010, №2, с. 34-35.
4. Каменева К.Ю., Баринов Е.Х. Особенности оценки заключений судебно-медицинской экспертизы по «медицинским» делам // Медицинская экспертиза и право, 2013, №5, с. 8-10.
5. Ковалев А.В., Мартемьянова А.А. О классификации неоказания медицинской помощи больному // Судебно-медицинская экспертиза, 2015, №2, с. 4-8.

6. Ковалев А. В., Плетянова И.В. Выявлением дефектов оказания медицинской помощи по так называемым необъективным данным // Судебно-медицинская экспертиза, 2015, №3, с. 48-51.
7. Новоселов В.П., Канунникова Л.В. Комплексная оценка ненадлежащего оказания медицинской помощи. // Проблемы экспертизы в медицине – Ижевск – 2005, № 4 – с. 4-6.
8. Поздеев А.Р., Системный подход к анализу дефектов лечения в ОРИТ для объективизации судебно-медицинских заключений // Проблемы экспертизы в медицине, 2009, №4, с. 9-10.
9. Сергеев Ю.Д., Козлов С.В. Основные виды дефектов оказания медицинской помощи (по данным комиссионных судебно-медицинских экспертиз) // Медицинское право, 2012, №3, с. 35-38.
10. Соседко Ю.Н. Работа судебно-медицинского эксперта по выявлению и профилактике дефектов медицинской помощи // Военно-медицинский журнал, 1991, № 3, с. 33-37.
11. Хрусталева Ю.А. К вопросу установления причинно-следственной связи неблагоприятного исхода с медицинской помощью // Медицинская экспертиза и право, 2010, №4, с. 35-36.
12. Шмаров Л.А., Плетянова И.В. Анализ судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с недостатками оказания медицинской помощи, выполненных ФГБУ «РЦ СМЭ» МЗ РФ. В кн. Актуальные вопросы судебной медицины и медицинского права. Суздаль – М., 2013, с. 350-352.

13. Frush K.S., Alton M., Frush D.P. Development and implementation of a hospital – based patient safety program // *Pediatr. Radiol.* – 2006.– Feb.– P. 25.
14. Woodward S. Learning and sharing safety lessons to improve patient care // *Nurs. Stand.* – 2006. – Jan. 11-17. – № 20 (18). – P. 49-53.

ПРИЧИНЫ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ш.Э. ИСЛАМОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Статья посвящена анализу причин допускаемых дефектов медицинской помощи. Выделены 3 группы причин: субъективные, объективные, организационные. 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. При этом субъективные причины в основном приводили к дефектам диагностики, дефектам лечения.

Ключевые слова: дефекты оказания медицинской помощи; характер ДМП; субъективные причины ДМП; неблагоприятный исход.