

## ЮРИДИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

В.П.Шадрин, В.И. Гордеев, Г.П. Тимченко

## СОВРЕМЕННЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-ЮРИДИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В РАБОТЕ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ

**Введение.** В условиях реформы здравоохранения появились новые проблемы, касающиеся как защиты прав пациентов, так и защиты прав работников здравоохранения [1- 4]. Проблемы этики в медицине в последние годы обсуждаются как в отечественной, так и зарубежной литературе [1-3, 6, 7]. Анестезиолог-реаниматолог, в отличие от врачей других специальностей, исходит из приоритета защиты не только здоровья, но, прежде всего, жизни больного, и на этом уровне уже трудно отделить этические регуляторы действий врача или медицинской сестры от правовых.

**Цель исследования.** Изучение этических и медико-юридических проблем, возникающих в педиатрической и акушерско-гинекологической практике врачей анестезиологов-реаниматологов.

**Материалы и методы.** Нами проведен анализ 70 историй болезни с летальным исходом и критических инцидентов, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи в условиях г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Анализ дефектов оказания медицинской помощи проведен с использованием перечня дефектов лечебно-профилактических мероприятий и причин, их обуславливающих, разработанного И.В. Тимофеевым с соавт. (1999) с учетом имеющихся классификаций [5, 9].

**Результаты и обсуждение.** Анализ историй болезни за 1985-2005 гг. показал, что количество случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи в динамике увеличивается. За указанный период по обращаемости в ЛПУ г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области увеличение их составило от 1 случая в год до 9 или 12,8% в 2000 г. Распределение неблагоприятных исходов следующее: педиатрических случаев – 57 ( 81%), акушерско-гинекологических – 13 (18%). Из них с

летальным исходом в педиатрической практике – 51, в акушерско-гинекологической службе – 9. Число летальных случаев, расцененных как несчастный, преобладает у пациентов до года (13 случаев), в целом у детей раннего возраста (22) и в подростковом возрасте (11). В случаях критических инцидентов преобладали женщины детородного возраста (4) и ненадлежащее оказание акушерско-гинекологической помощи. Чаще всего неблагоприятные исходы выявлены у анестезиологов-реаниматологов (42%), хирургов (38%), акушеров-гинекологов (17%). В 59 (84,2%) случаях на заключительном этапе в терминальной стадии пациенты получали лечение в реанимационном отделении, т.е. в конечном счете их можно рассматривать как реанимационные, 1 (1,4%) смерть в машине «скорой помощи», 10 (14,2%) критических инцидентов.

**Структура дефектов оказания медицинской помощи.** Любое действие или бездействие врача связано с риском для пациента. Особенно остро проблема риска в медицинской практике стоит в тех случаях, когда исход лечения оказывается неблагоприятным и становится поводом для судебного расследования, а действия врача должны получить судебно-медицинскую, а затем и юридическую оценку.

В стационаре большое значение имеют дефекты лечения (40%) по сравнению с дефектами диагностическими (25,7%). Наиболее часто дефекты оказания медицинской помощи допущены анестезиологами-реаниматологами (48,5%), акушерами-гинекологами (14,2%), хирургами (2,8%). У анестезиологов-реаниматологов в большинстве рецензируемых случаев отмечались дефекты лечения (31,4%), в 1,8 раз чаще, чем дефекты диагностики (17,1% случаев). Акушерами-гинекологами допущено дефектов лечения 8,5%, в 1,4 раза чаще дефектов диагностики – 5,7% случаев. Дефекты диагностики и лечения в практике хирургов и при лечении больных несколькими специалистами встречались примерно с одинаковой частотой.

Основными дефектами диагностической работы являются: нераспозна-

вание ведущего осложнения (44,2%), основного заболевания (37,1%), поздняя диагностика основного осложнения (28,5%), что в конечном итоге привело к неблагоприятному исходу в каждом конкретном случае. В группе дефектов лечения наиболее часто допущены следующие: недооценка тяжести состояния больного реаниматологом – 57,1%, специалистом – 38,5 и несвоевременное начало интенсивной терапии – 34,2%.

Основными дефектами, приведшими к летальному исходу у данного контингента пациентов, были:

1) отсутствие динамического наблюдения в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии – 24 случая (40,6%);

2) неадекватная инфузионная терапия – 23 (38,9). Синдром избыточной инфузии – 11 (18,6), в последующем приведший к осложнениям инфузионно-трансфузионной терапии и летальному исходу;

3) ошибочный выбор препарата – 18 (30,5);

4) малая доза препарата – 13 (22,0);

5) отсутствие контроля за выполнением назначений – 9 (15,3);

6) смерть во время анестезии – 7 (11,8);

7) передозировка препарата – 7 (11,8 %) случаев.

Нами выявлено следующее распределение дефектов оформления и ведения медицинских документов, имеющих медико-юридическое значение: стиль авторов сохранный в 53 (75,7%) медицинских документах, т.е. документ оформлен последовательно одним врачом, нечитаемость, неразборчивость записей врачей – в 28 (40,0%) случаях, нестандартное сокращение терминов – в 18 (25,7), незаполнение граф – в 18 (25,7), отсутствие фиксации динамических параметров – 17 (24,2), отсутствие дозы препаратов – 15 (21,4) исправления, дописка в историях болезни – 9 (12,8%) случаев. В 3 историях болезни отсутствовала подпись лечащего врача, имелись только подписи интернов, клинических ординаторов, аспирантов. По положению Основ законодательства РФ (ст. 58), лечащим врачом не может быть врач, обучающийся в высшем медицинском

**ШАДРИН Виктор Павлович** – аспирант Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии; **ГОРДЕЕВ Владимир Ильич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой СПбГПМА; **ТИМЧЕНКО Галина Петровна** – к.м.н., доцент, зав. кафедрой СПбГПМА.

учебном заведении или образовательном учреждении послевузовского профессионального образования.

**Распределение дефектов в информационно-деонтологической сфере.** Согласно ст. 32 закона РФ «Об охране здоровья граждан» наличие письменного оформленного согласия (информированное согласие) на анестезию получено у 7 больных (25,9%) из 27 хирургических случаев, на операцию – у 7 пациентов (25,9%), на переливание крови и кровезаменителей – у 1 (3,7%) больного. Кроме того, в 1 случае (3,7%) отсутствовало информированное согласие и заявление родителя об отпуске ребенка домой на выходные дни. В 1 случае (3,7%) не получен письменный отказ от медицинского вмешательства (ст.33 Закона РФ об охране здоровья граждан). Отсутствие информированного согласия отмечено в 70,3% историй болезни. Судебная практика свидетельствует, что при наличии правильно оформленного информированного согласия на лечение суд чаще всего признает такие иски необоснованными.

Проведенный анализ показал, что в 91% случаев неблагоприятного исхо-

да претензии к медицинским работникам были необоснованны, то есть в ходе проведения комиссионных экспертиз дефекты оказания медицинской помощи не устанавливались, а выявлялся несчастный случай.

#### Выводы.

1. Наиболее часто комиссионные экспертизы проводятся по следующим профилям: анестезиология-реаниматология (42%), хирургия (38%), акушерство-гинекология (17%). Специалистами, имеющими высокий медико-юридический и страховой риск, являются анестезиологи-реаниматологи в связи с существующей этапностью оказания медицинской помощи, т.к. они являются последней инстанцией в иерархической системе жизнеиспечения.

2. 91% случаев неблагоприятного исхода претензии к медицинским работникам были необоснованны, выявлялся несчастный случай. Трагический исход предопределялся тяжелым течением как основного заболевания, так и основного осложнения, что расценивалось как несчастный случай, который невозможно было предвидеть и предотвратить.

#### Литература

1. Гордеев В.И., Александрович Ю.С. Педиатрическая анестезиология-реаниматология. СПб., 2004. – 408 с.
2. Гордеев В.И., Вахрушев А.Е., Воробьева Е.В. Этические и медико-юридические проблемы в анестезиологии и реаниматологии и понятие о страховом риске. – СПб., 1995. – 14 с.
3. Зильбер А.П. Этика и закон в медицине критических состояний // Этюды критической медицины. – Петрозаводск: Петр.ГУ, 1998. – Т. 4. – 560 с.
4. Новоселов В.П., Канунникова Л.В. Правовое регулирование профессиональной деятельности работников здравоохранения. – Новосибирск, 2000. – 256 с.
5. Купов И.Я., Молчанов В.И., Денисов И.Н., Герман В.Я. Судебно-медицинское и юридическое значение медицинских документов. – Рязань, 1986. – 88 с.
6. Суворова Р.В., Микиртичан Г.Л. Деонтологические проблемы стационарной помощи детям (психологические и этические проблемы детства). – СПб., 1993. – С.145-157.
7. Суворова Р.В., Микиртичан Г.Л. Медицинская этика врача-педиатра // Веселова Н.Г. Социальная педиатрия: Актуальные проблемы. – Уфа, 1992. – С. 157-171.
8. Тимофеев И.В. Патология лечения: Руководство для врачей. – СПб., 1999.
9. Сергеев Ю.Д. Профессия врача: Юридические основы. – Киев, 1988. – С. 6-18.

## СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ

Г.И. Алексеева

## ПРОШЛОЕ И НАСТОЯЩЕЕ ФТИЗИОБАКТЕРИОЛОГИИ В ЯКУТИИ

Принадлежность к определенной профессии определяет знание и анализ ее истории. Образно говоря, история профессии – это космодрум, с которого мы стартовали в нашу действительность, а люди, делавшие эту историю, – главные ее теоретики и конструкторы. Это относится и к фтизиобактериологии.

Сто двадцать четыре года отделяют нас от 24 марта 1882 г., когда Роберт Кох на заседании Берлинского физиологического общества сделал доклад «Об этиологии туберкулеза». После многолетних трудов Р.Коху удалось покрасить и увидеть туберкулезные микобактерии (МБТ) – это был знаменитый «271-й препарат». Первой питательной средой для выращивания возбудителя туберкулеза была предложенная Р. Кохом свернутая сыrovоротка крови. Он же изучил и экспериментальный туберкулез, заражая животных инфицированным патоло-

гическим материалом или чистой культурой МБТ. Таким образом, основные методы бактериологической диагностики туберкулеза – бактериоскопия, культуральное исследование и биологическая проба были разработаны Робертом Кохом. Не случайно поэтому по предложению ВОЗ Всемирный день борьбы с туберкулезом отмечается 24 марта.

К сожалению, времена иллюзорной победы над туберкулезом в 70-80-е гг. 20 в. сменились его тотальным наступлением в 90-е гг., и роль бактериологических исследований при туберкулезе становится актуальной. Действительно, все разделы фтизиатрии тесно связаны с выявлением и исследованием возбудителя туберкулеза. К ним относятся раннее выявление и диагностика, видовая идентификация микобактерий, прогноз течения заболевания, выбор рациональной химиотерапии и контроль качества лечения, поиск новых противотуберкулезных препаратов и эпидемиологический мониторинг.

Становление фтизиобактериологии в Якутии имеет свои исторические корни.

Проводя экскурс в прошлое бактериологии, приведу некоторые исторические факты. В 1925 г. в г. Якутске был организован первый противотуберкулезный диспансер. Он занимал небольшое помещение в амбулатории Красного Креста и не имел никакого оснащения. Новый диспансер был открыт 7 ноября 1929 г. В том же году была организована лаборатория при диспансере, что позволило выявлять больных с открытой формой туберкулеза.

Первые данные о бактериовыделении в Якутии были получены по результатам работы медицинской экспедиции Наркомздрава РСФСР под руководством лепролога Н.Ф.Павлова, в составе которой были врачи: Н.А. Иванова, Н.И. Коротков и фтизиатр, научный сотрудник Центрального института туберкулеза Ф.А. Лучинская работавшая в Намском и Мегино-Кангаласском районах с целью изучения распространения туберкулеза среди на-