

В.П. Шадрин, В.И. Гордеев

ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ДАННЫМ НЕЗАВИСИМОГО ЭКСПЕРТА

Цель исследования. Анализ дефектов оказания медицинской помощи по данным рецензируемых случаев летальных исходов и критических инцидентов в г. Санкт-Петербурге независимым экспертом за период с 2000-2003 гг.

Материалы и методы. По данным формализованной карты изучались: дефекты диагностики и лечения на догоспитальном и стационарном этапах.

Результаты. Анализ дефектов, допущенных на госпитальном этапе лечения показал, что в отличие от догоспитального этапа, преобладали дефекты лечения. Несмотря на проведенное деление дефектов, необходимо отметить, что в большинстве случаев они встречались в сочетании: неполнота обследования вела к неправильному или несвоевременному установлению диагноза и, следовательно, к неадекватному или запоздалому лечению.

Заключение. Анализ дефектов оказания медицинской помощи на всех этапах позволит предотвратить возможность их появления.

Ключевые слова: дефект оказания медицинской помощи, догоспитальный этап, госпитальный этап.

Aim. To analyse mistakes of medical help based on data of reviewed fatal outcomes and critical incidents in Saint-Petersburg by an independent expert for 2000-2003.

Materials and methods. Formalized cards were used to investigate mistakes in diagnostics and treatment at stages of out-patient and in-patient departments.

Results. The analysis of mistakes made at the level of in-patient department has revealed the predominance of its treatment unlike the out-patient one. Moreover, in spite of classification of the mistakes, it should be underlined that in most cases the mistakes are associated with uncomplete examination of patients' state or late diagnostics that caused inadequate and belated medical help.

Conclusion. The analysis of medical help mistakes at all stages would prevent lethality of the patients.

Key words: mistakes in medical help, out-patient department, in-patient department.

Введение. Существенной проблемой в здравоохранении являются дефекты оказания медицинской помощи (ДОМП). По мнению Г.А. Пашиных и соавт. [3], под ДОМП мы понимаем упущения в организации оказания медицинской помощи, обусловленные незнанием, нарушением или неисполнением действующих приказов, инструкций, положений, некачественное оказание медицинской помощи с ошибками в диагностике или лечении пациентов и с нарушениями в информационно-деонтологической сфере, которые отрицательно повлияли или могли повлиять на лечебно-диагностический процесс и состояние здоровья пациента.

Ошибки могут встречаться в любой деятельности человека, однако ни в одной другой отрасли они не приобретают такую общественную значимость, как в медицине. С укреплением медико-правовых тенденций в медицине дефекты, допускаемые врачами в орга-

низационной и информационно-деонтологической сферах, играют все возрастающую роль, причем инициативу по их выявлению проявляют обычно не следователи или эксперты, а сами пациенты и их адвокаты, формулируя целенаправленные вопросы в суде [2, 4].

По данным Томилина В.В., Соседко Ю.И. [5], всего по России в 1996–1998 гг. было произведено 2436 комиссионных экспертиз, из них 1283 (52,7%) – по уголовным делам. Определилась четкая тенденция к назначению судебно-медицинских экспертиз гражданских исков к учреждениям здравоохранения, врачам и средним медицинским работникам (39,1%).

Наибольшее число комиссионных экспертиз было произведено в бюро судебно-медицинской экспертизы г. Москвы (7,7% всех экспертиз), Волгоградской области (7,3), Санкт-Петербурга (7), Пермской области (6,5), Красноярского края (5,5), Амурской области (4,2), Краснодарского края (4%) [5].

Среди врачей чаще всего экспертизы производились в отношении хирургов (28,1%), акушеров-гинекологов (21,1), терапевтов (10,6), педиатров (6,4), стоматологов (5,7), травматологов (5,3), анестезиологов, реанима-

тологов (3,9%). Таким образом, происходящие в стране социально-экономические преобразования и реформы в здравоохранении, в частности развитие медицинского страхования, активизация движения за право потребителя, привели к резкому росту числа обращений граждан в судебно-следственные органы за возмещением морального и материального ущерба в связи с дефектами оказания медицинской помощи, что, несомненно, требует разработки механизмов предотвращения возникающих дефектов медицинской помощи.

Цель исследования. Анализ дефектов оказания медицинской помощи по данным рецензируемых независимым экспертом случаев летальных исходов и критических инцидентов в г. Санкт-Петербурге за период 2000-2003 гг.

Материалы и методы. Объектами явились 49 рецензий независимого эксперта Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии. Рассмотрены дефекты диагностики и лечения больных на стационарном этапе врачами хирургами и анестезиологами-реаниматологами ввиду их высокого медико-юридического и страхового риска. Исходы дефектов оказания медицинской по-

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

мощи изучали в разных лечебно-профилактических учреждениях (стационары, поликлиники).

По данным анализа рецензий сделано экспертное заключение, и все рецензируемые случаи были разделены на: врачебные ошибки, критический инцидент, несчастный случай, деонтологические упущения и правонарушение.

Результаты. Анализ рецензируемых случаев позволил выявить следующую структуру дефектов оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Поздняя госпитализация отмечена в 20 случаях (40,8%). В 4 случаях отмечен отказ от госпитализации. В частности у педиатров: поздняя госпитализация больного ребенка – 6 случаев, отказ родителей от госпитализации ребенка – 2 и преждевременная выписка – 1 случай.

К дефектам диагностики на догоспитальном этапе отнесены следующие категории: не диагностировано основное заболевание – 11 случаев (22,4%), основное осложнение – 10 (20%), не установлен сопутствующий отягчающий преморбидный фон – 9 (18,3%) случаев. Поздняя диагностика основного заболевания составила 8 (16,3%), ведущее осложнение – 9 (18,3%) случаев; недооценка тяжести состояния больного – 10 (20%), преморбидного фона – 5 случаев.

Нами выявлены следующие дефекты лечения: организационного характера – отсутствие диспансеризации – 21 (42,8%) случай, амбулаторного лечения – 12 (24,4%), наблюдения в поликлинике – 16 (32,6%), и лечебно-профилактического – неадекватная терапия в поликлинике – 10 (20%) случаев.

Таким образом, на догоспитальном этапе, как показано в табл. 1-2, дефекты в оказании медицинской помощи чаще допускали педиатры, акушеры-гинекологи, хирурги и врачи скорой помощи. На этом этапе преобладали диагностические ошибки. Наиболее частые их причины: не установлены основное заболевание, сопутствующий отягчающий преморбидный фон, не диагностировано основное осложнение, а также недооценены тяжесть состояния больного и преморбидный фон. Основными дефектами лечения больных на догоспитальном этапе явились недостаточный его объем и неправильно выбранный метод лечения.

На госпитальном этапе, в отличие от догоспитального, преобладали дефекты лечения, и небольшой удельный вес имели диагностические ошибки.

Таблица 1

Структура дефектов диагностики на догоспитальном этапе лечения у врачей разных специальностей

Специальность	Дефекты диагностики				
	Неправильно или поздно установлен основной диагноз	Недостаточность обследования	Не диагностировано основное осложнение	Недооценка тяжести состояния	Итого
Акушер-гинеколог	2	2	-	2	6
Хирург		2			2
Врач скорой помощи	1	1	-	1	3
Педиатр	2	2	2	2	8
Всего	5	7	2	5	19

Таблица 2

Структура дефектов лечения на догоспитальном этапе у врачей разных специальностей

Специальность	Отсутствие диспансеризации	Отсутствие амбулаторного лечения	Неадекватная терапия в поликлинике	Отсутствие наблюдения в п/клинике	Итого
Педиатр	4	10	8	10	32
Акушер-гинеколог	-	2	-	-	2
Итого	4	12	8	10	34

Таблица 3

Структура дефектов медицинской помощи в стационаре у врачей разных специальностей

Специальность	Дефекты диагностики		Дефекты лечения		Всего	Общая доля в структуре дефектов, %
	Абс.	%	Абс.	%		
Хирург	2	4,08	-		2	4,08
Акушер-гинеколог	4	8,16	6	12,2	10	20,4
Анестезиолог-реаниматолог	12	24,4	22	44,8	34	69,4
Итого	18	36,7	28	57,2	46	93,8

Как показано в табл.3, наиболее чаще дефекты оказания медицинской помощи допущены анестезиологами-реаниматологами, акушерами-гинекологами и хирургами. У анестезиологов-реаниматологов отмечались дефекты лечения в 44,8% случаев, дефекты диагностики – в 24,4% рецензируемых случаев. Дефекты лечения наблюдались в 1,8 раз чаще. Акушерами-гинекологами допущено дефектов лечения в 1,4 раза чаще, чем дефектов диагностики. В практике хирургов и при лечении больных несколькими специалистами дефекты диагностики и лечения встречались примерно с одинаковой частотой.

Реанимационные мероприятия выполнены неправильно – 4 случая, не проведены – 2, проведены поздно – 5; не проведена интенсивная терапия – 2, проведена поздно – 4; преждевременная выписка – 2 случая, отказ от госпитализации – 3, поздняя госпитализация – 19, неправильная транспортировка – 1 случай.

К дефектам диагностики на госпитальном этапе отнесены следующие: не распознаны: основное заболевание – 19 случаев (38,7%), конкурирующее состояние – 6 (12,2%), сопутствующее заболевание – 13 (26,5%), ведущее осложнение – 25 (51%); недооценено фоновое заболевание – 14 (28,5%); поздняя диагностика основного заболевания – 12 (24,4%), основного осложнения – 17 (34,6%) случаев.

Дефекты лечения на госпитальном этапе включают в себя: недооценку состояния больного – 21(42,8%) случай, в том числе реаниматологом – 32 (65,3%); несвоевременные интенсивную терапию – 18 (36,7%) и реанимационные мероприятия – 6 (12,2%) случаев; не в полном объеме проведенную интенсивную терапию – 13 (26,5%); недостаточно активную хирургическую тактику – 7 (14,2%); осложнения лечения – 13 (26,5%) случаев.

Осложнение переливания крови произошло в 2 случаях в виде анафи-

лактического шока, в виде инфекционно-токсического конфликта – в 7.

Из общего числа врачей, у которых были обнаружены дефекты в оказании медицинской помощи в стационаре, преобладали хирурги, акушеры-гинекологи. Для анестезиологов-реаниматологов, педиатров, инфекционистов характерны только дефекты в лечении.

Анализ рецензируемых случаев позволил сделать следующие заключения: 46 случаев расценены как несчастный случай, 3 – независимо от мнения эксперта расценены как деонтологическая ошибка, 4 – отнесены к врачебной ошибке и 17, несмотря на отнесение их к несчастному случаю, расцениваются дополнительно как критический инцидент.

Выводы и заключение. Проведенный анализ показал, что в структуре дефектов медицинской помощи на догоспитальном этапе преобладали дефекты диагностики, которые составили почти половину случаев от общего числа проведенных экспертиз. Несмотря на проведенное деление дефектов, необходимо отметить, что в большинстве случаев они встречались в сочетании: неполнота обследования вела к неправильному или несвоевременному установлению диагноза и,

следовательно, к неадекватному или запоздалому лечению.

Среди дефектов диагностики наблюдались: недооценка тяжести состояния больного, недооценкаотягчающего преморбидного фона, поздняя диагностика как основного заболевания, так и текущего осложнения. Среди врачей различных специальностей, у которых были выявлены дефекты в оказании медицинской помощи, преобладали педиатры, акушеры-гинекологи, хирурги и врачи скорой помощи.

Анализ дефектов, допущенных на госпитальном этапе лечения, показал, что в отличие от догоспитального этапа, преобладали дефекты лечения. Из общего числа врачей, у которых допущены дефекты в оказании медицинской помощи в стационаре, преобладали хирурги, акушеры-гинекологи. Для анестезиологов-реаниматологов, педиатров характерны дефекты в лечении.

По мнению ряда авторов [1-3; 5, 6], для предотвращения дефектов оказания медицинской помощи необходимо соблюдение следующих ключевых позиций: 1) безупречное проведение тактики лечения, его стандартов, правил и инструкций, сохранение врачебной тайны; 2) правильное составление всех видов документации; 3) надлежа-

щее объективное информирование пациента; 4) высококвалифицированное клиничко-экспертное заключение комиссии по оценке качества медицинской помощи.

Литература

1. **Быховская О.А.** Дефекты оказания медицинской помощи в условиях крупного города и их судебно-медицинская оценка: Автореф. дис. ...канд.мед. наук.-СПб., 2002.-20с.
2. **Гордеев В.И., Александрович Ю.С.** Педиатрическая анестезиология-реаниматология. - СПб., 2004.-408 с.
3. **Пашинян Г.А., Жаров В.В., Ромодановский П.О.** Правовые основы деятельности врача в современных социально-экономических условиях// Суд.-мед. эксперт. -2002. -№2. -С.4-6.
4. **Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В.** Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. – М.; Иваново, 2001. – 288 с.
5. **Томилин В.В., Соседко Ю.И.** Судебно-медицинская оценка дефектов оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Российской Федерации // Суд.-мед. эксперт. – 2000. – № 1. – С. 3-7.
6. **Томилин В.В., Соседко Ю.И.** Обоснование основных понятий дефектов оказания медицинской помощи // Там же. – 2000. – № 6. – С. 4-8.

А.Н. Комиссаров, Г.А. Пальшин

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА У ЖИТЕЛЕЙ г. ЯКУТСКА

Цель исследования. Анализ медико-социальных последствий переломов проксимального отдела бедренной кости, связанных с остеопорозом, для научного обоснования необходимости создания регионального Центра профилактики и лечения ОП.

Материал и методы. По материалам ортопедо-травматологического отделения и травматологического пункта РБ №2 – ЦЭМП изучены особенности эпидемиологии переломов проксимального отдела бедренной кости на фоне остеопороза среди жителей г. Якутска 50 лет и старше, получивших перелом с января 1997 по декабрь 2001 г.

Из зарегистрированных 395 случаев переломов проксимального отдела бедренной кости (МКБ10 S72.0 - S72.1) выделены 356 (90,1%), возникших при минимальной травме, то есть при падении с высоты собственного роста, и спонтанных как связанных с остеопорозом.

Отдаленные исходы переломов у пациентов и исходы лечения у оставшихся в живых проследили через 1 и 2 и в целом за 2 года. Показатели летальности рассчитывались в процентах от общего числа прослеженных пациентов.

Результаты. Выявленные высокая летальность, превышающая популяционный показатель смертности в той же возрастной группе в 7,2 раза (у мужчин в 4,1, у женщин в 9,5, $p < 0,001$), и резкое ухудшение качества жизни, проявляемое в значительном ограничении двигательной и социальной активности, обусловлены главным образом остеопорозом, который является основной причиной переломов бедра (90,1%). Выявленные результаты свидетельствуют о необходимости открытия регионального Центра профилактики ОП.

КОМИССАРОВ Анатолий Николаевич – к.м.н., главный травматолог-ортопед МЗ РС(Я), зав. отделением РБ №2-ЦЭМП;
ПАЛЬШИН Геннадий Анатольевич – д.м.н., проф., гл. травматолог Дальневосточного федерального округа.

Aim. To analyse medical and social sequences of fractures in femoral proximal section associated with osteoporosis for grounding scientifically the necessity of foundation of the regional Centre of OP prophylaxis and therapy.

Material and methods. Epidemiologic peculiarities of fractures in femoral proximal section on the background of osteoporosis in Yakutsk were studied on the basis of