

НЕДОСТАТКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Жуманазаров Н.А.

Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, Чимкент, Казахстан

Резюме. Проанализирована медицинская помощь в лечебно-профилактических учреждениях Южно-Казахстанской области, проведен анализ правильного ведения историй болезни, конструкции диагноза и организационной деятельности лечебных учреждений.

Summary. The author, having analysed in nurseries of treatment-and-prophylactic establishments of the South Kazakhstan area, analyzed correct conducting the case record, a design of the diagnosis and organizational activity of medical institutions.

Медицинским работникам может быть предъявлено обвинение при неоказании помощи больному без уважительных причин, повлекшей по неосторожности причинение вреда здоровью или смерть больного (ст.101,111 УК.РК) или оставление в опасности лица, находящегося в беспомощном состоянии, и также в случаях, когда виновный имел возможность оказания такой помощи (ст.119 УК РК). Следует отметить, что часть статей УК РК не имеет в виду только медицинских работников, либо субъектом правонарушения могут быть и лица без медицинского образования, хотя несколько статей касаются только врача (например, неоказание помощи больному - ст. 118; незаконное занятие медицинской практикой - ст. 266 и др.) [1,2,3].

Неправильные и неправомерные действия персонала ЛПУ (чаще всего по незнанию) могут быть, и нередко являются, не только основанием для реального осуждения или общественного порицания, но и для привлечения работников здравоохранения к различным видам ответственности, в т.ч.в судебном порядке.

Уголовные правонарушения врачей, Новоселов В.П. (1992) подразделяет на профессиональные и должностные. К профессиональным преступлениям автор относит те, которые совершаются при осуществлении чисто профессиональных функций с нарушением современных требований медицинской науки и практики, положений этики и деонтологии, тогда как к должностным относятся нарушения, связанные с ненадлежащим исполнением своих обязанностей. В.А. Рыков (2000) считает, что чаще всего врачам инкриминируется причинение смерти по неосторожности, в том числе вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ст. 109 УК РФ).

Это преступление вменяется врачу (иному медицинскому работнику) в тех случаях, когда последние при исполнении профессиональных обязанностей проявляют грубую невнимательность, преступную небрежность или легкомыслие, но при условии, если была установлена прямая причинно-следственная связь между действием (бездействием) и наступлением смерти, но не было умысла на причинение смерти. Под ненадлежащим врачеванием понимаются действия, не отвечающие (полностью или частично) правилам и предписаниям медицинской науки и практики. Они могут выражаться в не дообследовании, недостаточной подготовке и не-

брежном выполнении оперативных вмешательств, недостаточном уходе и наблюдении за больным, несоблюдении инструкций и правил, небрежном применении лекарств и ведения медицинской документации, в дефектах организации медицинской помощи и др. (6,7).

В медицинской литературе содержится ряд определений термина «врачебная ошибка» и источников их возникновения. Считается, что врачебные ошибки могут быть диагностические (не распознавание или ошибочное распознавание болезни), тактические (неправильное определение показаний к операции, ошибочный выбор объема операции, несвоевременный или непрофильный перевод больного с места оказания помощи или при стационарном лечении); лечебные (неправильное использование медицинской техники, инструментария, применение несоответствующих медикаментов), в введении медицинской документации и деонтологические (неумение врача найти контакт с больным, с его близкими, неосторожные замечания и высказывания в присутствии больного и его родственников).

Подобные работы могут способствовать улучшению организации и повышению качества оказания медицинской помощи населению. Научные работы, посвященные данной проблеме на национальном уровне, практически отсутствуют.

Все изложенное является обоснованием актуальности проведенного исследования.

Цель исследования – оценка эффективности выявления и определения причин дефектов оказания медицинской помощи а также, взаимодействия судебно-медицинской службы и территориального здравоохранения на основе экспертных заключений.

Материалы и методы исследования. Объектами исследования явились организационная структура и методические основы управления судебно-медицинской службой в республике, формы ее взаимодействия с учреждениями здравоохранения и его со структурами. Для решения частных задач использовались комплекс экспертных методов и статистический анализ.

Результаты и их обсуждение. Особое внимание было нами уделено случаям, в которых имели место дефекты в оказании медицинской помощи беременным, роженицам и детям, доля которых за анализируемые годы колебалась от 13,2 до 55,0%, составив в среднем

24,8%. В структуре этой группы, дефекты в лечении отмечались в 28 (51,9%) случаях и в 26 (48,1%) – в диагностике. Более половины дефектов в 29 (53,7%) случаях было допущено акушерами – гинекологами; в 11 (20,4%) – педиатрами; в 5 (9,3%) – терапевтами; меньшая доля пришлось на стоматологов – 2 (3,7%), по 1 (по 1,8%) случаю у отоларингологов и представителей нетрадиционной медицины. Диагностические ошибки преобладали у педиатров, хирургов и терапевтов.

Из числа дефектов диагностики можно выделить такие, как недостаточное по объему обследование (22,2% из общего числа дефектов или 46,2% из числа дефектов диагностики); позднюю диагностику или не диагностированное заболевание (соответственно 16,7% и 34,6%). Меньшую их долю составляли случаи недооценки тяжести состояния пациентов (5,6% и 11,5%) и несвоевременная консультация другими специалистами (3,7% и 1,1%).

Основным дефектом лечения (31,5% в общей структуре и 60,7% в структуре дефектов лечения) являлась поздняя госпитализация. Значительно меньшим был удельный вес таких дефектов, как недостаточный объем лечения (7,4% и 14,3%), неправильно выбранный метод лечения и осложнения адекватно проведенного лечения (по 5,6%), запоздалое лечение (1,9%).

Доля случаев с поздно установленными диагнозами незначительно ($p < 0,05$) отмечалась у акушеров-гинекологов, педиатров, хирургов и терапевтов. Недостаточное обследование с наибольшей долей (40,0%) наблюдалось у хирургов, несвоевременная консульта-

ция - у терапевтов. Недооценка тяжести состояния пациентов имела место среди педиатров и терапевтов. Такой дефект, как поздняя госпитализация почти с одинаковым (довольно значительным) удельным весом имел место у акушеров-гинекологов и хирургов, вдвое ниже был этот показатель у терапевтов и педиатров. Запоздалое лечение было отмечено только у педиатров. Недостаточный объем помощи наиболее часто встречался у стоматологов, а неправильно выбранный метод лечения - у стоматологов и представителей нетрадиционной медицины. У отоларингологов единственным дефектом было наличие осложнений от проведенного лечения, наблюдался этот дефект и у врачей акушеров-гинекологов.

При анализе дефектов ведения беременных, рожениц и детей в стационаре обращает на себя внимание значительная доля случаев (33,1%), когда в ведении пациентов принимали участие несколько специалистов. Почти половина (42,5%) дефектов пришлось на акушеров-гинекологов, меньшим был удельный вес врачей других специальностей.

Дефекты лечения несколько преобладали над дефектами диагностики, однако это было характерно не для всех специалистов. Так, если у инфекционистов присутствовали только дефекты лечения, преобладали они также у анестезиологов-реаниматологов, педиатров, среднего медицинского персонала, а также в случаях ведения пациента несколькими специалистами, то для терапевтов, хирургов, акушеров-гинекологов более характерными были ошибки диагностики.

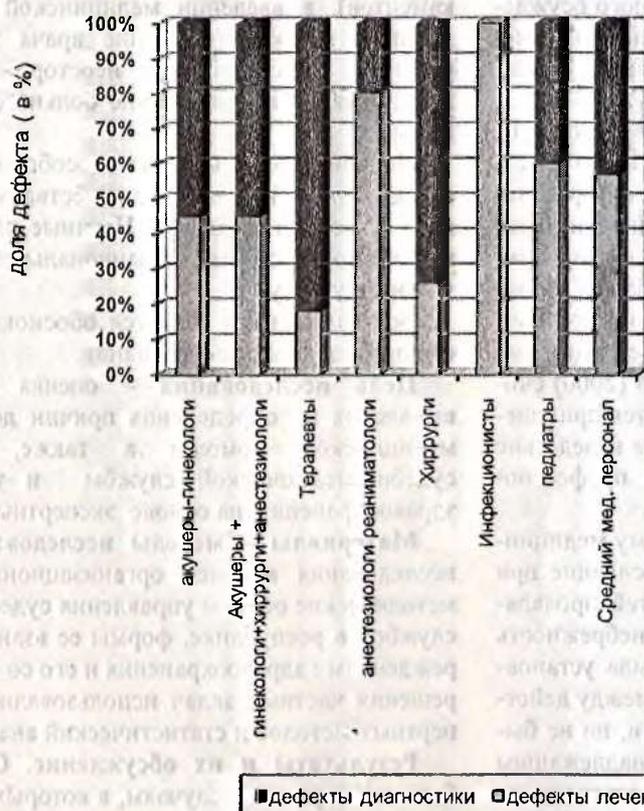


Рис.1. Структура дефектов медицинской помощи при ведении беременных, рожениц и детей различными специалистами

В структуре дефектов лечения преобладали дефекты при оказании анестезиологического пособия и реанимации. Далее следовали недостаточный объем лечения, неправильный выбор его метода, дефекты оперативного пособия, недостаточный контроль за состоянием пациентов, несвоевременный (необоснованный) перевод или выписка больных из стационара.

Рассматривая существующие различия среди дефектов оказания медицинской помощи у разных специалистов, можно отметить следующее. Доля случаев с поздно установленным диагнозом была максимальной у акушеров-гинекологов и терапевтов. Недостаточный объем обследования отмечался только у акушеров и при ведении пациентов несколькими специалистами. Несвоевременная консультация специалистов и недооценка тяжести состояния отмечалась среди терапевтов со сравнительно большим удельным весом, последнее же обстоятельство с максимальной долей отмечается среди хирургов. Запоздалое лечение в наибольшей частоте случаев также имело место среди хирургов. Среди педиатров и среднего медицинского персонала наибольший удельный вес имели случаи неправильного выбора метода лечения; среди педиатров и инфекционистов - недостаточного объема лечебных мероприятий. Дефекты оперативного пособия отмечаются только у акушеров-гинекологов и при ведении пациентов несколькими специалистами. Естественно, что дефекты анестезиологического пособия и реанимационных мероприятий преимущественно свойственны анестезиологам-реаниматологам. Недостаточный контроль за состоянием пациентов в наибольшем проценте случаев отмечался среди инфекционистов. Необоснованные переводы и ранняя выписка больных имела место среди акушеров-гинекологов и при ведении пациентов несколькими специалистами.

Таким образом, при изучении структуры дефектов оказания медицинской помощи беременным, роженицам и детям на амбулаторно-поликлиническом этапе установлено:

а) дефекты в лечении и в диагностике отмечались примерно с одинаковой частотой - в 51,9% и в 48,1% случаев соответственно. Более половины дефектов было допущено акушерами-гинекологами.

б) диагностические ошибки преобладали у педиатров, хирургов и терапевтов. Основным дефектом лечения являлась поздняя госпитализация.

в) на амбулаторно-поликлиническом этапе дефекты лечения несколько преобладали над дефектами диагностики, однако, для терапевтов, хирургов, акушеров-гинекологов более характерными были ошибки диагностики.

г) среди них основными являлись позднее установление диагноза несвязанное с этим, запоздалое начало лечения и недооценка тяжести состояния пациента.

д) в структуре дефектов лечения преобладали дефекты при оказании анестезиологического пособия и реанимации. Причины дефектов оказания медицинской помощи у врачей различных специальностей также различались.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы // Указ Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года №1438.

2. Уголовный Кодекс РК с доп.изм.-Алматы, Изд-Юрист., 2007.- С.147.

3. Закон РК «Об охране здоровья граждан РК». Астана, Аккорда, 7 июля 2006г, №170-111 ЗРК.

4. Акопов В.И., Амбалов Ю.М., Акопов М.В. – Правовые проблемы экспертизы дефектов медицинской помощи, оказываемой в стационаре. // Ученые записки, В. VII, Ростов-на-Дону, 2003. - С. 118-121

5. Белобородова Н.Г. - О медицинских и правовых аспектах контроля и экспертизы качества медицинской помощи.// Научные труды «Всероссийского съезда по медицинскому праву. Москва, 2005. – С. 167-172

6. Новоселов В.П. Ответственность работников здравоохранения за профессиональные правонарушения. – Новосибирск: Наука. Сибирское предприятие РАН, 1998. 232 с.

7. Рыков В.А. Основы медицинского права. Информационно-справочное пособие. – Новосибирск, 2000. – 138 с.

8. Клипак В.М.- Системный подход к контролю качества медицинской помощи. // Научные труды 2 Всероссийского съезда по мед. праву. Москва, 2005. – С. 182-187

9. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М.-Иваново, 2001, 284