

## **О НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ОШИБКАХ В ОКАЗАНИИ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДСКИМ ЖИТЕЛЯМ**

Жуманазаров Н.А.

*Южно-Казахстанская Государственная медицинская академия, Чимкент, Казахстан*

**Резюме.** В данной статье отражена система здравоохранения в которой сохраняется тенденция к увеличению количества неудовлетворенных потребителей медицинских услуг и соответственно количества экспертиз, связанных с профессиональной медицинской деятельностью

**Summary.** In article the public health services system in which is reflected the tendency to increase in quantity of unsatisfied consumers of medical services and accordingly quantity of the examinations connected with professional medical activity is saved.

**Түйін.** Бұл мақалада, денсаулық сақтау жүйесіндегі емдеу – профилактикалық мекемелерінде дәрігерлік кәсіпкердің көбеюіне байланысты, сот сараптамалық зерттеудің мәселелері қаралған.

**Введение.** Проблема обеспечения качества медицинской помощи – одна из наиболее важных и трудно решаемых проблем здравоохранения, так как она находится на грани реальных возможностей отрасли и опережающего уровня требований населения к системе, призванной гарантировать сохранение наиболее значимой человеческой ценности здоровья.

Социальная актуальность резко возрастает в условиях реформирования отрасли, дисбаланса темпов экономики и качественных показателей жизни населения, и, как следствие, недостатки средств, выделяемых на развитие отрасли. Поэтому обеспечение качества, предусматривающее улучшение медицинского обслуживания на основе рационального использования ресурсов актуально для Казахстана, что определяет высокий научный интерес к данной проблеме.

В последнее время в судебно-медицинской практике активно осуществляется работа по оценке качества профессиональной деятельности и правовой защищенности медработников. Отсутствие полноценных и однозначно трактуемых законов в этой области нередко способствуют возникновению, немотивированных негативных отношений населения к медицинской деятельности врачебных кадров [1,2].

Судебно-медицинская экспертиза по «врачебным делам» является одной из ответственных и особо сложных экспертиз. Свидетельством к этому является увеличение объема работы в филиалах судебно-медицинской экспертизы Республики Казахстан по врачебным делам, возбужденным в связи с жалобами пациентов или их родственниками. Взгляд судебных медиков, на решение медицинских вопросов, возникающих, в процессе расследования преступлений или на расследуемое событие только с точки зрения права нередко порождает другую проблему, утрату способности видеть каждый случай целиком, во всем многообразии его характеристик [3,4].

По данным Российских ученых, в последние годы отмечается резкий рост числа комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и

гражданских дел в отношении медицинских работников, вследствие оказания некачественной медицинской помощи [5,6].

Причины возрастания количества случаев преследования в уголовном и гражданском процессе американские медики и юристы видят не только в активизации населения, в широком применении агрессивных, инвазивных методов с грозными осложнениями, но и в увеличении числа недобросовестных врачей, практикующих, несмотря на приостановление или ограничение условий действия лицензии. Поэтому уголовное преследование нередко остается последней мерой для прекращения этой незаконной деятельности [6,7]. Вероятно, и в нашей стране в связи с развитием и обособлением контролирующих функции в службах Министерства Здравоохранения может возникнуть аналогичная ситуация, что станет причиной увеличения числа прокурорских проверок и уголовных дел в отношении медперсонала.

В настоящее время одним из актуальных вопросов судебно-медицинской практики является изучение влияния дефектов оказания медицинской помощи на здоровье пациентов и выявление наиболее частых предпосылок и причин профессиональных правонарушений медицинских работников. Судебно-медицинская практика нуждается в разработке методических указаний по проведению комиссионных экспертиз, связанных с профессиональными правонарушениями медицинских работников. Подобные работы могут способствовать улучшению организации и повышению качества оказания медицинской помощи населению. Научные работы, посвященные данной проблеме на национальном уровне, практически отсутствуют.

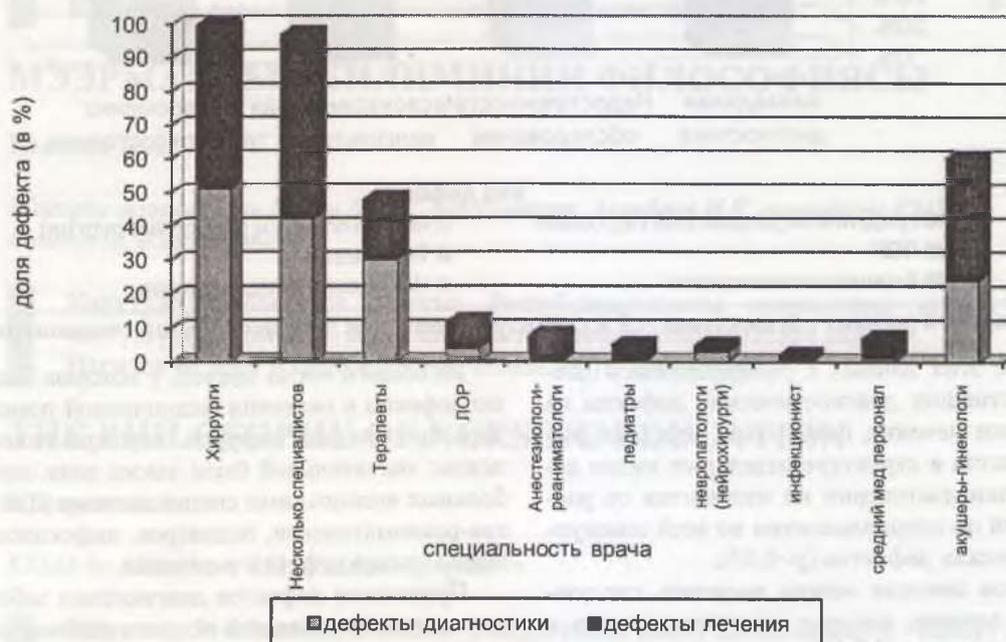
Все изложенное является обоснованием актуальности проведенного исследования.

**Цель исследования** – выявление дефектов и анализ материалов судебно-медицинской экспертизы для активизации уголовных и гражданских дел в связи с нарушениями качества оказания медицинской помощи.

## О НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ОШИБКАХ В ОКАЗАНИИ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДСКИМ ЖИТЕЛЯМ

**Материалы и методы исследования.** Объектами исследования явились истории болезни, амбулаторные карты, протоколы патологоанатомических вскрытий и Акты судебно-медицинских исследований трупов, подвергшихся судебно-медицинской экспертизе в южно-казахстанском филиале ЦСМ РК с 2000-2008 годы

**Результаты и их обсуждение.** При стационарном лечении, в отличие от амбулаторно-поликлинического этапа, преобладали дефекты лечения и небольшой удельный вес имели диагностические ошибки.



**Рис. 1.** Доля дефектов диагностики и лечения в общей структуре дефектов у врачей разных специальностей

Приведенные данные показывают, что из общего числа врачей, у которых были обнаружены дефекты в оказании медицинской помощи в стационаре, преобладали хирурги, акушеры-гинекологи, терапевты; значительной была также доля дефектов в случаях лечения больных несколькими специалистами.

Дефекты диагностики и лечения в практике хирургов и при лечении больных несколькими специалистами встречались примерно с одинаковой частотой. В то же время у анестезиологов-реаниматологов, педиатров и инфекционистов отмечались только дефекты лечения.

Причинами дефектов диагностики заболеваний преимущественно являлись: позднее установление диагноза (37,4%), недостаточный объем проведенного обследования (32,9%); недооценка тяжести состояния боль-

ных (19,4%) и несвоевременное проведение консультаций врачами других специальностей (10,3%). Запоздавшая диагностика отмечалась примерно в половине случаев – у хирургов, акушеров – гинекологов.

Наиболее высокие показатели недостаточного объема проведенных исследований встречались у невропатологов, отоларингологов, терапевтов и при ведении больного врачами нескольких специальностей. Несвоевременные консультации врачей других, специальностей часто встречались у терапевтов и хирургов, а недооценка тяжести состояния больного у акушеров-гинекологов.

Данные о доле дефектов в различных специальностях в структуре дефектов диагностики представлены на рисунке 2.



Рис. 2. Доля врачей разных специальностей в структуре дефектов диагностики на стационарном этапе

Сопоставление этих данных с распределением специалистов, допустивших диагностические дефекты на стационарном этапе лечения, показывает, что доля различных специалистов в структуре отдельных видов дефектов диагностики достоверно не отличается от распределения врачей по специальностям во всей совокупности диагностических дефектов ( $p > 0,05$ ).

Среди дефектов лечения можно выделить следующие: запоздалое лечение, которое отмечалось почти в каждом четвертом случае (23,5%), недостаточный контроль и наблюдение за состоянием больных (17,5%), недостаточный объем терапии (15,9%), дефекты оперативного пособия (14,8%), неправильный выбор метода лечения (11,6%), дефекты анестезиологических и реанимационных пособий (11,1%), необоснованные переводы и ранняя выписка больных (5,8%).

Структура этих дефектов отличалась у разных специалистов. Так, запоздалое лечение в наибольшем проценте случаев было отмечено у инфекционистов и педиатров; неправильный выбор метода лечения - у педиатров, нарушение методики введения препарата - у среднего медицинского персонала; недостаточный объем лечения - у терапевтов и инфекционистов; дефекты оперативного пособия - у отоларингологов и хирургов; дефекты анестезиологии и реанимации в случае ведения больного несколькими врачами; недостаточный контроль за состоянием больного у анестезиологов-реаниматологов и невропатологов (нейрохирургов); необоснованная выписка (перевод) - у невропатологов и педиатров.

Сравнение этих данных со всей совокупностью распределения врачей, допустивших дефекты лечения в стационаре показывает, что достоверного различия между ними не имеется ( $p > 0,05$ ).

Таким образом, анализ дефектов допущенных на стационарном этапе лечения показал, что в отличие от достационарного этапа, преобладали дефекты лечения и небольшой удельный вес имели диагностические ошибки.

Из общего числа врачей, у которых были обнаружены дефекты в оказании медицинской помощи в стационаре преобладали хирурги, акушеры-гинекологи, терапевты; значительной была также доля случаев лечения больных несколькими специалистами. Для анестезиологов-реаниматологов, педиатров, инфекционистов характерны только дефекты в лечении.

Причинами дефектов диагностики заболеваний преимущественно являлись позднее установление диагноза и недостаточный объем проведенного обследования. Структура обоих видов дефектов отличалась у разных специалистов, но в целом соответствовала распределению во всей совокупности врачей, допустивших дефекты в стационаре.

#### 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. 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.
4. Клипах В.М.- Системный подход к контролю качества медицинской помощи. // Научные труды 2 Всероссийского съезда по мед. праву. Москва, 2005, С. 182-187.
5. Гражданский Кодекс РК с доп.изм..- Алматы.,Изд-Юрист.,2007.- С.307.
6. Новосёлов В.П.- Профессиональная деятельность работников здравоохранения. Ответственность. Права. Правовая защищенность. Новосибирск, 2001, С.309.
7. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. -Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М.-Иваново. 2001, С.284.