

НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИЗ-ЗА ОШИБОК В ДИАГНОСТИКЕ

Имомов С.Т.¹, Исламов Ш.Э.², Махматмурадова Н.Н.³, Кобилов Б.Ж.⁴, Тожиев У.Д.⁵

¹Имомов Собир Турунович - судебно-медицинский эксперт, директор,
Самаркандский филиал

Республиканский научно-практический центр судебно-медицинской экспертизы;

²Исламов Шавкат Эржигитович – доктор медицинских наук, доцент,
кафедра судебной медицины и патологической анатомии;

³Махматмурадова Наргиза Негматуллаевна – ассистент,
кафедра внутренней медицины № 4 с гематологией;

⁴Кобилов Бехзод Жамшиедович – студент,
кафедра судебной медицины и патологической анатомии,
Самаркандский государственный медицинский институт;

⁵Тожиев Улугбек Дамирович – судебно-медицинский эксперт,
Самаркандский филиал

Республиканский научно-практический центр судебно-медицинской экспертизы,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: по материалам судебно-медицинской службы обнаружено, что ненадлежащее оказание медицинской помощи в виде дефектов чаще выявлялось в деятельности акушеров-гинекологов, а также хирургов и травматологов, по характеру преобладали дефекты диагностики и лечения, которые в основном возникали из-за субъективных причин, чаще на госпитальном этапе и в исходе чаще приводили к наступлению смерти и наступлению инвалидности.

Ключевые слова: комиссия судебно-медицинская экспертиза, дефекты медицинской помощи, характер, причина возникновения, места допущения, исход.

Актуальность. По последним наблюдениям растет число обращений граждан в правоохранительные органы по поводу некачественной медицинской помощи [3]. Развитию неблагоприятных исходов в медицинской практике способствуют как объективные, так и субъективные факторы [4].

При этом право граждан на получение квалифицированной медицинской помощи закреплено Конституцией страны. Неправомерные действия медицинских работников становятся причиной жалоб больных в правоохранительные органы на некачественность медицинской помощи [1,5]. Исследование аспектов данной проблемы с судебно-медицинских позиций вплотную связано с изучением вопросов лечебного, организационного и правового характера [2].

На догоспитальном этапе осуществляется первый этап диагностики и в основном амбулаторное лечение больных с различной патологией [4]. Именно в этот период медицинские работники должны своевременно и правильно диагностировать серьезную патологию, требующую обязательной госпитализации [3], (хотя больные, проходящие лечение в системе первичной помощи, реже обращаются за скорой медицинской помощью и нуждаются в госпитализации) [5]. К сожалению, существует проблема, когда медики имеют огромное желание оказать помощь пострадавшим, но не обладают достаточным опытом работы по оказанию экстренной медицинской помощи [6]. Это приводит к снижению объема помощи на догоспитальном этапе. При этом пострадавшие подвергаются дополнительному риску вследствие дефектов догоспитального лечения и диагностики, возникающих из-за субъективных и организационных причин (оставление больных на месте заболевания, неправильный выбор метода оказания экстренной помощи) [2].

Цель исследования – Выявление сущности допускаемых дефектов медицинской помощи среди специалистов различного профиля, по материалам судебно-медицинской службы.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ заключений комиссионных судебно-медицинских экспертиз, проведенных по поводу профессиональных правонарушений медицинских работников в 2018 г в Самаркандском областном филиале Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы.

Результаты исследования. В Самаркандском областном филиале было проведено 58 экспертиз по поводу правонарушений медицинских работников, из них в 38 случаях (65,5%) выявлены дефекты медицинской помощи. По специальностям чаще в отношении акушеров-гинекологов 16 случаев (42,1%), хирургов и травматологов по 4 (10,5%), педиатров, терапевтов и ЛОР-врачей по 3 (7,9%), анестезиологов-реаниматологов 2 (5,3%), нейрохирургов, онкологов и токсикологов по 1 (2,6%). По характеру преобладали – нераспознавание основной патологии 10 (26,3%) и её осложнений 2 (5,3%), поздняя госпитализация 3 (7,9%), а также ошибки при назначении и проведении медицинских процедур (неправильное ведение родов) 14 (36,8%), нарушение правил транспортировки и др. по 1 (2,6%). Среди причин отмечается явное преобладание субъективных 28 (73,7%), из них невнимательное отношение к больному 24 (85,7%), неполноценное обследование больного 4 (14,3%), а также позднее обращение к врачу 3 (7,9%) и прочее 7 (18,4%). На догоспитальном этапе 3 (7,9%), из них в СВП, районной поликлинике и на дому по 1 (2,6%); на госпитальном этапе 35 (92,1%), из них в ЦРБ и родильных домах 25 (65,8%), в областной больнице 9 (23,7%) и хозрасчетных учреждениях 1 (2,6%).

Пример. Гр-ка М.Н. 13.11.2017г. обратилась в приемное отделение районного медицинского объединения с жалобами на слабость, вздутие живота, боли в правом подреберье, кашель, отсутствие аппетита, потемнение цвета мочи. Она была госпитализирована в инфекционное отделение с диагнозом “Хронические вирусный гепатит формы С, желтушность средней тяжести”. Проведена консультация специалистов (акушер-гинеколог, терапевт, фтизиатр, невропатолог, окулист) и лабораторные исследования (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови). Три дня с диагнозом “Пиелонефрит” получала лечение в физиотерапевтическом отделении. Через неделю после госпитализации выписана. 24.11.2017г с жалобами на кашель с мокротой, боли в левой половине грудной клетки, повышение температуры, быструю утомляемость госпитализирована в областной противотуберкулезный диспансер с предварительным диагнозом “Левосторонняя туберкулезная эмпиема”. При исследовании мокроты диагноз “Туберкулез” не подтвердился. На следующие сутки проведена пункция левой плевральной полости и выделено 30,0 мл гнойной жидкости. 28.12.2017 после улучшения состояния выписан домой. 04.01.2018г обратилась в Республиканский специализированный научно-практический центр фтизиатрии и пульмонологии, где ей поставлен диагноз “Фиброзно-кавернозный туберкулез левого легкого, левосторонний пиопневмоторакс, вирусный гепатит С, кахексия 2-й степени” и проведено оперативное вмешательство “Левосторонняя плевропульмонэктомия”. Изъятый материал подвергнут патогистологическому исследованию и выявлен воспалительный инфильтрат со специфическими свойствами. При экспертном анализе рентгенограмм пациента из районного объединения выявлено следующее: снимок от 13.11.2017 г – наблюдается инфильтративная тень на фоне тени лопатки на уровне 3-го ребра среднего поля левого легочного поля, интенсивность тени низкая, контурны неровные, неопределенные, в верхнем и среднем полях выявляются очаги высокой интенсивности, нарушение структуры корня легкого, деформация легочного рисунка, наличие жидкостной тени в небольшом количестве в левой костофренкиальном синусе талия сердца сглажена; на рентгенограмме от 27.11.2017 – наличие инфильтрата слева и высказано заключение, что подобные изменения характерны для туберкулеза. По мнению экспертной комиссии в районном медицинском объединении из-за неполноценного обследования, отсутствия консультации узких специалистов (терапевта, фтизиатра), своевременно не установлен правильный диагноз. В итоге они приводили к наступлению смерти 26 (68,4%), наступлению инвалидности 3 (7,9%) и не оказали существенного влияния на исход 9 (23,7%).

Выводы. Таким образом, по материалам судебно-медицинской службы дефекты медицинской помощи чаще выявлялись в деятельности акушеров-гинекологов, а также хирургов и травматологов, по характеру преобладали дефекты диагностики и лечения, которые в основном возникали из-за субъективных причин, чаще на госпитальном этапе и в итоге чаще приводили к наступлению смерти и наступлению инвалидности.

Список литературы

1. *Гиясов З.А., Исламов Ш.Э.* Установление мест допущения дефектов медицинской помощи // Судебная медицина, 2019. № 1. С. 29-32.
2. *Islamov Sh.E.* Subjectivity in defects in rendering medical aid // European science review, Vienna, 2018. № 11-12. P. 95-97.
3. *Khairullayev A., Islamov Sh., Davronov S.* The structure of thermal injury in forensic material service// Материалы Международной научно-практической конференции «Тенденции и перспективы развития науки и образования в условиях глобализации», Переяслав-Хмельницкий, 2019. С. 541-543.
4. *Makhatmuradova N.N., Safarova M.P.* Characteristics of chronic obstructive pulmonary disease// Материалы Международной научно-практической конференции «Тенденции и перспективы развития науки и образования в условиях глобализации». Переяслав-Хмельницкий, 2019. С. 510-512.
5. *Shamsiyev A.M., Khusinova S.A.* The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan // The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. Springer, Dordrecht, 2008. С. 249-252.
6. *Shamsiev A.M., Zayniev S.S.* Комп’ютерно-томографічна семіотика хронічного рецидивного гематогенного остеомієліту // Вісник наукових досліджень, 2017. № 4.