

ОБМІН ДОСВІДОМ

УДК 618.3-08-035.7:340.6

DOI 10.11603/2415-8798.2018.2.8847

©В. В. Франчук

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”

ОСОБЛИВОСТІ ДЕФЕКТІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ-РЕАНІМАТОЛОГІЇ
(ЗА МАТЕРІАЛАМИ СУДОВО-СЛІДЧИХ СПРАВ)

Резюме. На тлі збільшення судових позовів проти лікарів, особливості неналежної медичної допомоги в анестезіології-реаніматології сьогодні в країні практично не досліджуються і мало аналізуються.

Мета дослідження – з'ясувати медико-правові особливості недоліків професійної діяльності лікарів анестезіологів-реаніматологів.

Матеріали і методи. Досліджено матеріали судово-слідчих справ, які порушені проти лікарів анестезіологів-реаніматологів десяти різних областей України і виконаних відповідно до цих справ комісійних судово-медичних експертиз в Тернопільському, Чернівецькому та Житомирському обласних бюро судово-медичної експертизи за 2007–2016 рр. (загалом 350 “лікарських справ”). Окремо вивчено офіційні дані з Єдиного державного реєстру судових рішень за 2007–2016 рр. стосовно справ про притягнення до кримінальної відповідальності медичних працівників усіх географічних регіонів України.

Результати досліджень та їх обговорення. 32,5 % усіх “лікарських справ” правоохоронні органи порушують проти лікарів анестезіологів-реаніматологів. Різноманітні недоліки підтверджуються в 70,2 % таких кримінальних справ, і виникають вони найчастіше під час здійснення інтенсивної терапії. Помилковість лікарів анестезіологів-реаніматологів стається зазвичай у складних клінічних випадках, пов'язаних з травмою чи патологією дихальної і серцево-судинної систем. Анестезіологи-реаніматологи припускаються діагностичних (33,8 %), лікувально-тактичних (26,4 %), організаційних (11,1 %) і деонтологічних (4,0 %) помилок. Дефекти у складанні медичної документації становлять 24,7 % справ. Помилкові дії лікарів рідко є одиничними і зазвичай асоціюються між собою. За своїм характером неналежна медична допомога в анестезіології є недостатньою (44,5 %), несвоєчасною (33,6 %), неправильною (20,3 %). Недоліки у наданні медичної допомоги в анестезіології-реаніматології завжди супроводжуються тяжкими наслідками. Неналежні дії лікарів анестезіологів-реаніматологів, які перебували у причинно-наслідковому зв'язку із несприятливими наслідками, констатовано в 30,0 % випадків експертиз.

Висновки. Лікарі анестезіологи-реаніматологи очолюють топ-лист лікарських спеціальностей з найбільшим медико-юридичним ризиком. Найпоширенішими недоліками в анестезіології-реаніматології є діагностичні, лікувально-тактичні й організаційні дефекти. Майже половина “лікарських справ”, порушених проти лікарів анестезіологів-реаніматологів, зумовлена недотриманням стандартів медичної допомоги.

Ключові слова: недоліки медичної допомоги; медичні помилки; порушення професійних обов'язків медичними працівниками; аналіз.

ВСТУП Медичний працівник, який здійснює свої трудові обов'язки, повсякденно виконує надзвичайно важливу за своєю суспільною значимістю функцію, оскільки оберігає найцінніше – життя і здоров'я громадян [1].

Професійна діяльність лікаря анестезіолога-реаніматолога чи не найскладніша серед усіх медичних спеціальностей, оскільки саме йому доводиться бути останньою надією пацієнта на шляху від життя до вічності. Без лікаря-анестезіолога неможливі інструментальні маніпуляції та хірургічні операції, без його втручання важко уявити будь-яку критичну ситуацію у клініці, тому що саме лікар-реаніматолог відповідає за відновлення, корекцію і підтримання життєвих функцій організму хворого [2]. Значна професійна складність анестезіології і реаніматології, зростаюча технологічність цієї спеціальності, необхідність у володінні багатокомпонентними практичними навичками, дії в умовах екстремальних обставин, вимога миттєвого прийняття рішення для повернення пацієнта до життя, знаходження під впливом перманентного стресу, значні фізичні зусилля під час виконання власних службових обов'язків тощо, – все це в сукупності слугує фоном, на тлі якого діяти лікарю бездоганно, не припускаючись професійних помилок, стає непросто [3]. В таких випадках виникають юридичні підстави для порушення проти медичних працівників кримінальних або цивільних справ [4]. У цьому зв'язку необхідно зауважити, що клініцисти сьогодні мало обізнані з тим, які саме дефекти вони допускають у своїй роботі, за яких причин та умов, до яких наслідків це призводить.

Вирішення цих питань, як і експертна оцінка обсягу та якості наданої медичної допомоги, встановлення її відповідності до діючих стандартів та протоколів, виявлення конкретних дефектів під час лікарювання тощо стає необхідною вимогою під час судового розгляду “лікарських справ”. Розслідування таких справ проти медичних працівників неможливе без судово-медичної експертизи на яку, відповідно до чинного законодавства, покладається експертна оцінка певних дій чи бездіяльності медичного персоналу. Саме судово-медичний експертний висновок стає основним процесуальним джерелом доказу відповідності медичної допомоги діючим стандартам, відтак – винуватості або невинуватості медичного працівника.

Метою дослідження було встановлення клінічних і правових особливостей недоліків у професійній діяльності лікарів анестезіологів-реаніматологів, унаслідок чого виникають скарги на дефекти надання медичної допомоги, що в подальшому стає підставою для відкриття кримінальних проваджень.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Відповідно до мети роботи, досліджено матеріали судово-слідчих справ (так звані “лікарські справи”), порушених у випадках неналежного виконання професійних обов'язків медичними працівниками 10 областей України: Тернопільської, Хмельницької, Житомирської, Волинської, Чернівецької, Вінницької, Львівської, Рівненської, Івано-Франківської та Чернігівської. Загалом вивчено 350 таких справ, за кожною з яких правоохоронні органи призначили комісійні або комплексні судово-медичні експертизи, які виконали протягом

2007–2016 р. фахівцям Тернопільського, Чернівецького та Житомирського обласних бюро судово-медичної експертизи. Особливо вивчено офіційні дані з Єдиного державного реєстру судових рішень (www.reyestr.court.gov.ua) за 2007–2016 рр., стосовно справ про притягнення до кримінальної відповідальності медичних працівників усіх географічних регіонів України.

Усі матеріали досліджували з урахуванням вимог біоетики і доказової медицини. Використовували метод контент-аналізу. Статистичну обробку та візуалізацію даних, які наведено у роботі, здійснювали засобами табличного процесора MS Excel 2016.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Встановлено, що безпосередньо проти лікарів анестезіологів-реаніматологів кримінальні провадження порушені у 114 випадках, що склало 32,5 % від загальної кількості усіх вивчених кримінальних справ. За цим показником, з точки зору скарг на неналежну медичну допомогу і подальшого судово-слідчого розгляду, лікарі анестезіологи-реаніматологи очолюють топ-лист найризикованіших лікарських спеціальностей в Україні [5]. Необхідно зауважити, що ці дані відрізняються від північно-американських, азійських та європейських, згідно з якими лідерство за судовими позовами проти лікарів посідають представники хірургічних спеціальностей [6–8], разом з тим, як кількість судових позовів проти анестезіологів зазвичай незначна [9,10]. Пояснити це можна тим, що у випадках травм, тяжких соматичних захворювань, гострих патологічних станів і т.п., тобто, коли найчастіше і виникають наслідки, негативні для хворого, медичну допомогу в Україні зазвичай надають саме анестезіологи в умовах палат інтенсивної терапії чи реанімаційних відділень лікарень.

Зазвичай “лікарські справи” проти анестезіологів-реаніматологів слідчі порушували за ст. 140 Кримінального кодексу України (КК) “Неналежне виконання професійних обов’язків медичним або фармацевтичним працівником”. Зрідка правова кваліфікація була іншою: “Умисне тяжке тілесне ушкодження” (ст. 121 КК); “Ненадання допомоги хворому медичним працівником” (ст. 139 КК).

Серед 114 кримінальних проваджень, відкритих проти лікарів анестезіологів-реаніматологів, недоліки у наданні медичної допомоги судово-медичні експертні комісії були виявлені у 80 випадках (70,2 %), в 34 випадках (29,8 %) цих недоліків не було знайдено. Під недоліками медичної допомоги розумілись будь-які упущення, промахи, дефекти, невиконання належним чином навмисно, підсвідомо чи ненароком професійних обов’язків медичними працівниками (лікарями або середнім медичним персоналом) [11].

Порушення у професійній діяльності найчастіше припускали анестезіологи-реаніматологи районних (55,0 %) та міських (33,7 %) лікарень. Неправильні дії лікарів на третинному рівні надання медичної допомоги (обласні лікувально-діагностичні центри чи обласні лікарні) констатовано в 11,3% випадків.

Помилковість лікарів ставалась зазвичай у випадках об’єктивно складної клінічної ситуації, коли мала місце різна тяжка патологія. Серед такої патології судово-медичні експертні комісії констатували захворювання органів дихання, зокрема грип і його ускладнення, різні види пневмонії (46,2 % випадків); політравму і її наслідки (17,5 %); серцево-судинні недуги – інфаркт міокарда, ішемічну хворобу серця, кардіоміопатію, тромбоемболію

(13,7 %); ускладнення вагітності й пологів (6,2 %); захворювання шлунково-кишкового тракту – кишкову непрохідність, ентероколіт, апендицит (5,0 %).

Аналіз власного матеріалу і відповідних літературних джерел [2, 3], з урахуванням етапності надання анестезіологічної допомоги та лікарської тактики в невідкладній терапії гострих станів, дав змогу виокремити наступні **типи дефектів медичної допомоги в анестезіології-реаніматології:**

- доопераційні;
- дефекти у техніці анестезії чи в методиці реанімаційних заходів;
- медикаментозні дефекти;
- периопераційні дефекти;
- післяопераційні дефекти;
- дефекти, пов’язані з неналежною інтенсивною терапією.

Доопераційні дефекти – це недоліки діагностики, обстеження, курації та підготовки хворих до хірургічного втручання (встановлено в матеріалах 13 кримінальних справ (16,2 %)). Серед таких дефектів: поверхневий збір анамнезу; неправильна оцінка загального стану пацієнта; невчасна діагностика та лікування фонової патології; відсутність консультацій фахівців для верифікації діагнозу; незадовільний контроль за передопераційною підготовкою хворого, що ілюструє наступний приклад.

8.09.2010 Особу_1 з приводу лівобічного ліпозно-гнійного гемісинуситу та підозри на пухлину верхньої щелепної пазухи направили в ЛОР-центр Ж-ської обласної лікарні, оглянув завідувач відділення, який після консультації з щелепно-лицевими хірургом стосовно виключення одонтогенної природи гемосинуситу, призначив операційне втручання наступного дня. З протоколу допиту лікуючого лікаря і палатної медсестри відомо, що хворому Особі_1 було заборонено споживати їжу. У день операції, 9.09.2010, лікар-анестезіолог в порушення вимоги огляду передопераційного пацієнта не раніше ніж за 12 год до початку операції, не з’ясував факту вживання їжі пацієнтом, поверхнево і недбало його оглянув за годину до операції. Після успішного проведення операції гайморотомії пацієнта Особу_1 вивели з наркозу в задовільному стані, зі стабільною геодинамікою й ефективним диханням транспортовано у супроводі лікаря в ЛОР-відділення під нагляд чергового медперсоналу. За 40 хв після операції раптово стан хворого погіршився, з’явилися явища задухи. Хворого Особу_1 переведено в реанімаційне відділення, де незважаючи на проведене лікування, помер на третю добу від набряку легень і головного мозку на тлі гнійної двобічної пневмонії, що стала наслідком аспірації шлункового вмісту.

До цього типу дефектів можна віднести також технічні недоліки й ускладнення під час виконання катетеризації центральної вени, що ілюструє витримка з судового відео.

31.05.2005 в Інститут патології хребта потрапила хвора Особа_2 з діагнозом застарілого вивиху правого плечового суглоба. Протягом 2-х тижнів хвору Особу_2 готували до планового операційного втручання. 13.06.2005 старший науковий співробітник відділення анестезіології й інтенсивної терапії цього інституту в маніпуляційній кімнаті зробила хворій Особі_2 внутрішньовенну катетеризацію підключичної вени за Сельдінгером катетером, діаметром 1,4 мм. Однак під час цієї маніпуляції, неналежно виконуючи свої професійні

обов'язки та діючи зі злочинною недбалістю, лікар-анестезіолог не звернула увагу на стан герметичності заглушки венозного катетера, яка була нещільно закритою, вийшла з маніпуляційної і залишила хвору на 20 хв. Коли лікар повернулася, то застала хвору Особу_2 на підлозі, у калюжі крові, обличчям донизу. Під час судово-медичної експертизи трупа померлої були виявлені: три наскрізних колотих ушкодження нижньої стінки лівої підключичної вени, одне з яких ушкодження верхівки лівої легені; наявність вільного повітря в лівій плевральній порожнині (ненапружений пневмоторакс); під час розрізу передньої стінки правого шлуночка під водою виділилось 10 великих пухирів повітря. Смерть Особи_2 настала від повітряної емболії. Лікаря-анестезіолога суд визнав винною у скоєнні злочину, передбаченого ст. 140 КК України, і призначено покарання у виді позбавлення права займатись лікарською діяльністю терміном на 3 роки, а також стягнуто матеріальну компенсацію у розмірі 40 000 грн.

Серед технічних дефектів виконання знеболення чи реанімаційних заходів (мали місце в 4 випадках (5,0 %)) необхідно віднести помилковий вибір методу анестезії; відсутність контролю за прохідністю верхніх дихальних шляхів; недоліки у забезпеченні належної вентиляції; заподіяння ушкоджень пацієнту під час наркозу і т.д., що демонструє такий приклад.

3.11.2014 Особу_3 госпіталізовано в хірургічне відділення Т-ської міської лікарні швидкої допомоги зі скаргами на біль у ділянці живота. Після її клінічного і лабораторного обстеження було поставлено діагноз гострого апендициту і розпочато підготовку до операційного втручання. Перед наданням масочного наркозу їй провели вимірювання артеріального тиску. Під час накладання в операційній манжеті тонометра хвора Особа_3 відчувала сильний біль, а після виходу з наркозу повідомили лікуючого лікаря про те, що права рука не слухається. Згодом невролог діагностував компресійно-ішемічну нейропатію правого променевого нерва з плегією розгиначів кисті. Хвора Особа_3 стала інвалідом.

Медикаментозні дефекти (10 випадків – 12,5 % справ) – це неправильний вибір лікарських препаратів, порушення їх обсягу, дозувань чи кратності введення; непередбачуваність розвитку фатальних побічних реакцій:

22.02.2010 Особа_4, перебуваючи на 40–41 тижні вагітності, госпіталізована в плановому порядку в акушерське відділення К-ої ЦРЛ. У зв'язку із наявністю показань (великий плід, передчасне відходження навколоплідних вод) лікуючий лікар прийняв рішення про термінове пологорозрішення шляхом кесаревого розтину. Під час введення внутрішньовенного наркозу (тіопенталу натрію 200 мг і каліпсолю 150 мг) стався анафілактичний шок. За кілька хвилин Особа_4 померла від ларингоспазму. Ще через день померла її новонароджена дитина. На розтині у померлої була знайдена аденома гіпофіза, яка перебігала безсимптомно, однак за висновком експертів, стала пусковим чинником реакції гіперчутливості. Дії лікаря-анестезіолога були визнані судом злочинними, з приводу чого винесено обвинувальний вирок.

Периопераційні недоліки стаються безпосередньо під час ведення наркозу (у вивченому матеріалі – 4 випадки (5,0 %)).

Післяопераційними дефектами є різноманітні упущення в післяопераційному догляді за хворим, порушення правил догляду за ендотрахеальною трубкою, запізнена переінтубація тощо (6 випадків (7,5 %)).

Чисельнішу групу дефектів анестезіолого-реанімаційної допомоги складають недоліки під час призначення і проведення інтенсивної терапії (52 випадки (65,0 %)), коли лікарі не зазначали середники інфузійної, в т.ч. інтраопераційної терапії, не вказували у листку лікарських призначень дозування, об'єм і кратність введених лікарських засобів, призначали надмірні дози препаратів внутрішньовенно і т.п. Приклад, наведений нижче, демонструє випадок надмірної ятрогенної гідратації хворого, який завершився фатально.

8.10.2015 Особа_5 впала і отримала перелом лівої стегнової кістки. Каретою швидкої медичної допомоги доправлена у К-ку міську лікарню, де лікар-травматолог та анестезіолог недостатньо обстежили хворого, не проконсультували його з іншими фахівцями і провели операцію металоостеосинтезу з монтажем металевого стержня. За кілька годин після операції з'явилась кровотеча з післяопераційної рани стегна. Для ліквідації кровотечі лікарі провели ревізію цієї рани і зашили її наглухо. На 11-ту добу у хворого різко підвищилась температура тіла, з'явилися гнійні виділення з рани. У зв'язку з різким погіршенням стану хворого, Особу_5 перевели у ВАІТ лікарні, а згодом – у реанімаційне відділення Х-кої обласної лікарні. Згідно з висновком комісійної судово-медичної експертизи, лікарі цього відділення, порушуючи стандарти надання медичної допомоги та клінічні протоколи, не врахували супутню патологію у пацієнта (ішемічна хвороба, діабет і наявність лише однієї нирки), вводили хворому, Особі_5 протипоказаний йому розчин глюкози, не звернули увагу на значне переважання введеної рідини над виділеною сечею і протягом усього періоду знаходження хворого, Особи_5 у відділенні реанімації проводили надмірну трансфузійну терапію, переливаючи по 5–6 л медичних середників щоденно, за необхідної для хворого потреби у 1,5–1,6 л. Все це спричинило масивну гіперосмолярну гіпергідратацію, що ускладнилось набряками легень і головного мозку із вклиненням його стовбурових відділів і мозочкових півкуль у великий потиличний отвір.

Аналіз особливостей неналежної медичної допомоги з боку анестезіологів-реаніматологів здійснено також і відповідно до **виду** допущених дефектів – *діагностичні, лікувально-тактичні, організаційні, деонтологічні, у веденні медичної документації та за характером дефектної медичної допомоги – ненадання медичної допомоги, несвоєчасне її надання, недостатнє надання та неправильне надання*.

Як видно з рисунка 1, найчастіше лікарі анестезіолого-реаніматологи припускались діагностичних помилок (питома вага яких серед інших дефектів медичної допомоги склала 33,8 %) і лікувально-тактичних недоліків (26,4 %); організаційні помилки мали місце серед 11,1 % справ; деонтологічні були виявлені серед 4,0 % справ. Звертає на себе увагу високий відсоток різноманітних упущень лікарів у складанні медичної документації, що було виявлено в матеріалах 24,7 % «лікарських справ».

Характерно, що неправильні дії лікарів зазвичай були асоційованими, коли, наприклад, хибність у діагностиці тягнула за собою неправильне лікування і супроводжувалось також ще й недоліками у веденні медичної документації.

Лікувально-тактичні дефекти лікарів анестезіологів-реаніматологів були такі: невиконання заходів серцево-легеневої і церебральної реанімації; неправильний

Структура недоліків анестезіологічної допомоги за видами

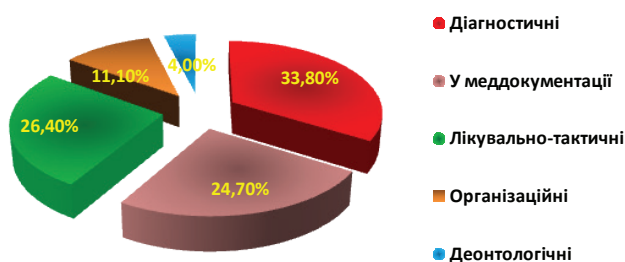


Рис. 1. Діаграма видової структури недоліків анестезіологічної допомоги, стосовно загальної кількості дефектів, встановлених експертними комісіями (n=198).

вибір методу знеболювання; дефекти нейросакральних блокад; раннє розінтубовування; підміна консилиуму лікарів (який має організовувати заступник головного лікаря з лікувальної роботи із залученням провідних клініцистів та науковців ВНМЗ) так званими “консиліарними”, тобто сумісними оглядами чергових лікарів-ординаторів, спільна думка яких є лише рекомендаційною; непередбачення розвитку ускладнень; хибність медикаментозних призначень – перевищення доз препаратів, недостатній чи надлишковий об’єм інфузій, необґрунтоване призначення багатьох лікарських засобів одночасно (поліпрагмація); поганий післяопераційний нагляд; неправильний прогноз тощо.

Серед *недоліків діагностики* найчастіше траплялись: недостатні загально-клінічні обстеження і лабораторні та інструментальні дослідження; поверхневий збір анамнезу; недооцінювання клінічних проявів захворювань та об’єктивного стану пацієнта; необґрунтованість, неповнота, несвоєчасність або хибність клінічного діагнозу; не проведення показаних спеціальних додаткових методів обстеження та діагностики; нескликання консилиуму.

Серед *організаційних упущень* у наданні медичної допомоги в анестезіології-реаніматології необхідно зазначити: відсутність або недостатність контролю з боку адміністрації лікувального закладу за станом лікувально-діагностичного процесу; поганий комунікативний зв’язок між медичним персоналом; відсутність або несправність апаратно-інструментальних засобів; відсутність наступності медичної допомоги; погана взаємодія ургентних лікарів з адміністрацією лікувального закладу і невчасне інформування про складну клінічну ситуацію і т.п.

Серед *недоліків у веденні медичної документації* найчастіше траплялись наступні огріхи: відсутність дати, часу та змісту консультацій фахівців; поверхневий і неповний опис об’єктивного статусу; відсутність інформованої згоди пацієнта на обстеження та лікування або відсутність письмової заяви про відмову від лікувально-діагностичних процедур; невідповідність клінічного діагнозу діючій МКХ або “скороченість” такого діагнозу; відсутність записів чергових лікарів або тривалий часовий проміжок між такими записами; порушення у звітності щодо використаних наркотичних чи сильнодіючих речовин; шаблонність і неінформативність стосовно динаміки стану пацієнта у лікарських щоденниках тощо.

Серед *деонтологічних помилок* мала місце некоректна поведінка медичного персоналу з пацієнтом або особами, які його супроводжували.

Таким чином, отримані дані свідчать, що найчастіше лікарі анестезіологи-реаніматологи допускали діагностичні та лікувально-тактичні помилки. Звертає на себе увагу значна кількість недоліків у веденні медичної документації, що зазвичай супроводжували всі інші види упущень медичних працівників. У зв’язку із цим необхідно знати, що історія хвороби є важливим юридичним документом, правильне ведення якого є прямим обов’язком кожного лікаря. Неправильне, помилкове, загалом неналежне оформлення медичних документів трактується з точки зору кримінального права як один з проявів злочинного недбальства.

З метою уникнення діагностичних помилок, лікарю-практику необхідно пам’ятати, що правильна діагностика складається з трьох невід’ємних і тісно пов’язаних між собою складових: анамнезу, семіотики і лікарської логіки. Помилки в діагностуванні стають неминучими, коли порушується ця послідовність або коли хоча б одна з вказаних ланок випадає.

Подальший аналіз допущених лікарями анестезіологами-реаніматологами недоліків медичної допомоги за характером (рис. 2) показав, що недостатній обсяг цієї допомоги в структурі таких дефектів складає 44,5 %, несвоєчасність медичної допомоги – 33,6 %, неправильність надання медичної допомоги – 20,3 %, ненадання медичної допомоги – 1,6 % випадків.

Вказані дефекти зустрічались як поодинокі, коли в межах однієї “лікарської справи” було виявлено недолік лише одного типу (наприклад несвоєчасна медична допомога), так і комбіновано, коли медична допомога одночасно була недостатньою, неправильною та несвоєчасною.

Оцінка дій медичних працівників судово-медичними експертними комісіями як і належна правова кваліфікація таких дій чи бездіяльності, неможлива без з’ясування їх причин, наслідків, до яких вони призвели, та знаходження відповідних причинно-наслідкових зв’язків.

Причини неналежного виконання лікарями своїх професійних обов’язків бувають об’єктивними та суб’єктивними. До об’єктивних належать такі причини, що зумовлені недостатнім розвитком медичної науки та практики, існують поза свідомістю людини і виникли незалежно від волі, професійності та особистісних якостей лікаря. За результатами отриманих даних, об’єктивними причинами недоліків у наданні медичної допомоги в анестезіології були:



Рис. 2. Діаграма якісної структури недоліків медичної допомоги за характером, яку надавали лікарі анестезіологи-реаніматологи (стосовно абсолютної кількості допущених таких дефектів (n=128)).

тяжкість стану пацієнта, швидкий перебіг патологічного процесу, запізніле звернення за медичною допомогою, відмова від госпіталізації.

Суб'єктивні причини пов'язані з особливостями лікаря, які похідні від його діяльності залежать від ступеня професійної підготовки. До таких причин віднесли підтвержені експертними висновками неправильні, неналежні, всупереч медичній науці професійні дії лікарів анестезіологів-реаніматологів, що було виявлено в 15 випадках (18,7%). Окремо необхідно зазначити, що розслідування майже половини "лікарських справ" (33 справи (41,2 %)), в яких було встановлені різноманітні недоліки у виконанні професійних обов'язків анестезіологів-реаніматологів, виявило різноманітні за обсягом та глибиною порушення галузевих стандартів і протоколів надання медичної допомоги чи посадових інструкцій. Про цю обставину необхідно завжди пам'ятати практичному лікарю, оскільки за умови можливого судового розгляду у випадках несприятливого лікарювання, будь-які порушення регламентуючих нормативних документів завжди будуть головним фактором, що обтяжує вину медичного працівника.

Аналіз отриманих даних свідчить, що недоліки у наданні медичної допомоги анестезіологами-реаніматологами, як правило (крім одного випадку, коли непрофесійний догляд за хворим призвів до термічних опіків), супроводжуються смертю пацієнта. Професійна діяльність лікаря-анестезіолога ставала помилковою найчастіше під час надання медичної допомоги терапевтичним хворим (43,7 %), дітям (15,0 %), хірургічним хворим (13,7 %), вагітним (10,0 %) і травматологічним хворим (7,5 %).

З точки зору кримінального права, необхідно знати, що далеко не кожний випадок несприятливого лікарювання повинен ставати підставою обвинувачення лікаря в злочинному недбалстві. Неблагоприємний наслідок нерідко залежить не від конкретних дій лікаря, а від ряду об'єктивно-випадкових подій. Кримінальна відповідальність настає, коли крім тяжкого наслідку для пацієнта,

встановлено конкретне упущення з боку професійної діяльності лікаря та судово-слідчим шляхом доведено причинно-наслідковий зв'язок між неправильними діями (бездіяльністю) цього лікаря і несприятливим наслідком для його пацієнта.

Прямий чи опосередкований причинно-наслідковий зв'язок між недоліками у наданні медичної допомоги лікарями анестезіологами-реаніматологами та негативними наслідками був встановлений судово-медичними експертними комісіями в 30,0 % випадків вивчених "лікарських справ".

ВИСНОВКИ 1. Лікарі анестезіологи-реаніматологи очолюють топ-лист найризикованіших (з точки зору скарг на неналежну медичну допомогу і подальшого судово-слідчого розгляду) лікарських спеціальностей в Україні.

2. Неправильні професійні дії лікарів анестезіологів-реаніматологів стаються під час діагностики, лікування, в організаційному забезпеченні медичних заходів та в оформленні медичної документації. Дефектність медичної допомоги в анестезіології-реаніматології проявляється також недостатнім обсягом цієї допомоги та несвоечасністю її надання.

3. Майже половина "лікарських справ", порушених проти лікарів анестезіологів-реаніматологів, зумовлена їх невдалою лікувально-діагностичною діяльністю і викликана неналежними, всупереч стандартів медичної допомоги, професійними діями, які призводять до розвитку тяжких для пацієнтів наслідків.

Перспективи подальших досліджень Проблема недоліків медичної допомоги в анестезіології-реаніматології потребує подальшого вивчення з метою своєчасного виявлення таких недоліків, їх всебічного аналізу й обговорення у лікарських колективах, що дозволить розробити ефективні профілактичні заходи для запобігання таких порушень та суттєво покращить ефективність і якість надання анестезіологічно-реанімаційної допомоги громадянам.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Конституція України: Верховна Рада України від 28.06.1996 р. – Відомості Верховної Ради України від 23.07.1996. – № 30.
2. Гаврилова Е. Г. Ненадлежащее оказание медицинской помощи в анестезиологии и реаниматологии [Електронний ресурс] / Е. Г. Гаврилова, В. А. Глуценко // РЕАН. – 2014. Режим доступу до ресурсу: <https://www.reanmed.ru/articles/?id=58&sid=8>.
3. Клигуненко Е. Н. Ошибки и осложнения в практике врача-анестезиолога: обзор литературы / Е. Н. Клигуненко, Ю. А. Плещенко // Біль, знеболення і інтенсивна терапія. – 2012. – № 2. – С. 7–27.
4. Москаленко В. Ф. Медичне законодавство : правова регламентація лікарської діяльності / В. Ф. Москаленко, Б. В. Михайличенко. – К. : ВСВ "Медицина", – 2011. – 495 с.
5. Франчук В. В. Аналіз недоліків надання медичної допомоги в сучасних умовах (за матеріалами комісійних судово-медичних експертиз) / В. В. Франчук // Судово-медична експертиза. – 2016. – № 1. – С. 56–61.
6. Erin J. Farley. A retrospective analysis of medical malpractice litigation in three New York counties. Technical Report. December 2014 [Electronic resource] / Center for Court Innovation. – Electronic data. – Mode of access: World Wide Web: <https://www.researchgate.net/publication/272489906>. - Title from the screen.
7. Evaluation of medical malpractice litigations in China / Yang Tiantong, Zhang Guozhong, Wang Xu [et al.] // 2002–2011 Forensic Sci. Med. – 2016. – Vol. 2. – P. 185–189.
8. Soergel P. Increasing liability premiums in obstetrics – analysis, effects and options / P. Soergel, O. Schöffski, P. Hillemanns // Geburtshilfe und Frauenheilkunde. – 2015. – Vol. 75 (4). – P. 367–376. <http://doi.org/10.1055/s-0035-1545955>
9. James J. T. Deaths from preventable adverse events originating in hospitals // BMJ. Qual. Saf. Published Online First: 30 January 2017. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006340>
10. Malpractice risk according to physician specialty // N. Engl. J. Med. – 2011. – Vol. 365. – P. 629–636. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1012370>
11. Сенюта І. Я. Дефекти надання медичної допомоги: поняття і види / І. Я. Сенюта // Медичне право. – 2017. – № 1. С. 55–66.

Отримано 04.04.18

ADVERSE EVENTS IN ANESTHESIOLOGY-REANIMATOLOGY: RETROSPECTIVE REVIEW OF THE ALLEGED MEDICAL MALPRACTICE CASES

Summary. Medical malpractice litigations have become a serious social and public health problem in contemporary Ukraine, however peculiarities of improper medical care in anesthesiology is little known inside the country.

The aim of the study – to evaluate the medical malpractice litigations provided by anesthesiologists in Ukraine.

Materials and Methods. A retrospective review of all alleged medical malpractice cases (350 in total) between 2007 and 2016 handled at Ternopil, Zhytomyr and Chernivtsi Regional Bureaus of Forensic Medical Examination, was performed. The paper analyses official data of court verdicts in cases of medical malpractice litigations taken from Ukrainian State Register of court decisions for the same time period.

Results and Discussion. 32.5 % of all of medical malpractice litigations were initiated against anesthesiologists. Lacks of health care provision committed by anesthesiologists were detected in 70.2 % of the cases. Unreasonable medical care occurred in cases of serious Unintentional medical care was confirmed by forensic medical expert commission as a rule in diagnostics (33.8 %) and medical procedures or medical treatment (26.4 %). Mistakes in medical records were detected in (24.7 %) of the cases, institutional errors – (11.1 %), ethical errors – (4.0 %). Insufficient or incomplete medical care provided by anesthesiologists seemed more frequently (44.5 %), inopportune medical care – 33.6 %, unskillful medical care 20.3 %. Severe consequences for the patients took place in all of the cases. A causal relationship between the damage claimed by the patient or his family and improper medical care were found in 30.0 % cases.

Conclusions. Anesthesiologists lead the top list of physician specialties involved in claims in Ukraine. Diagnostic and institutional errors, improper performance of medical procedures and medication errors are seemed most frequently in medical malpractice cases in anesthesiology. The majority of the medical mistakes became due to different objective reasons. Approximately a half of all of the studied cases faced together with breach of standards of care followed by the poor quality of the medical personnel.

Key words: medical malpractice; medical errors; dereliction of duty by the medical personnel; analysis.

ОСОБЕННОСТИ ДЕФЕКТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАТОЛОГИИ (ПО МАТЕРИАЛАМ СУДЕБНО-СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЛ)

Резюме. На фоне роста судебных исков против врачей, особенности ненадлежащей медицинской помощи в анестезиологии-реаниматологии остаются сегодня в стране практически не известными.

Цель исследования – выяснить медико-правовые особенности недостатков профессиональной деятельности врачей анестезиологов-реаниматологов.

Материалы и методы. Исследованы материалы следственных дел, возбужденных против врачей анестезиологов-реаниматологов десяти областей Украины, и выполненных соответствующих комиссионных экспертиз в Тернопольском, Черновицком и Житомирском областных бюро судебно-медицинской экспертизы за 2007–2016 гг. (всего 350 «врачебных дел»). Отдельно изучены официальные данные Единого государственного реестра судебных решений по «врачебным делам» за тот же период времени.

Результаты исследований и их обсуждение. 32,5 % всех «врачебных дел» правоохранительные органы возбуждают против врачей анестезиологов-реаниматологов. Различные недостатки подтверждаются в 70,2 % таких уголовных дел и возникают они чаще всего при осуществлении интенсивной терапии. Ошибочность врачей анестезиологов-реаниматологов происходит обычно в сложных клинических случаях, связанных с травмой или патологией дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Анестезиологи-реаниматологи допускают диагностические (33,8 %), лечебно-тактические (26,4 %), организационные (11,1 %) и деонтологические (4,0 %) ошибки. Дефекты в составлении медицинской документации составляют 24,7 % дел. Ошибочные действия врачей редко являются единичными и обычно ассоциируются между собой. По своему характеру ненадлежащая медицинская помощь в анестезиологии является недостаточной (44,5 %), несвоевременной (33,6 %), неправильной (20,3 %). Недостатки в оказании медицинской помощи в анестезиологии-реаниматологии всегда сопровождаются тяжкими последствиями. Ненадлежащие действия врачей анестезиологов-реаниматологов, которые находились в причинно-следственной связи с неблагоприятными исходами, констатированы в 30,0 % случаев экспертиз.

Выводы. Врачи анестезиологи-реаниматологи возглавляют топ-лист врачебных специальностей с наибольшим медико-юридическим риском. Наиболее распространенными недостатками в анестезиологии-реаниматологии являются диагностические, лечебно-тактические и организационные дефекты. Почти половина «врачебных дел», возбуждаемых против врачей анестезиологов-реаниматологов, обусловлена нарушениями стандартов медицинской помощи.

Ключевые слова: недостатки медицинской помощи; медицинские ошибки; нарушения профессиональных обязанностей медицинскими работниками; анализ.