

Тягунов Д.В., Шаймухаметова И.Ф., Чирков С.В.

Судебно-медицинская оценка акушерско-гинекологической помощи по материалам комиссионных экспертиз

ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры» Медицинский институт, г. Сургут;
КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», г. Ханты-Мансийск

Tyagunov D.V., Shaimuhametova I.F., Chirkov S.V.

Forensic evaluation of obstetric&gynecological care based on expert commission

Резюме

Произведено изучение 188 экспертиз по делам о неблагоприятном исходе оказания медицинской помощи по данным экспертных материалов за 2001-2007 годы. В работе представлены результаты анализа дефектов оказания акушерско-гинекологической помощи в медицинских учреждениях округа.

Ключевые слова: акушерско-гинекологическая помощь, дефекты оказания медицинской помощи, неблагоприятный исход, вред здоровью

Summary

Study produced 188 examinations in cases of adverse outcome of care according to expert materials for 2001-2007. The paper presents the results of the analysis of defects providing obstetric care in clinics of district are submitted.

Key words: obstetric and gynecological care, defects of care, adverse outcome, injury

Введение

В последнее десятилетие в Российской Федерации отчетливо прослеживается тенденция к существенному увеличению количества гражданских исков по поводу медицинских услуг ненадлежащего качества, что стало широко отражаться в средствах массовой информации и явилось достоянием всего населения [16, 17].

По данным ВОЗ (2001), во всем мире ежегодно у 200 млн. женщин наступает беременность и у 137,6 млн. заканчивается родами. Более полумиллиона женщин умирает в связи с беременностью и родами.

Важные факторы, влияющие на уровень неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи (ОМП) - состояние материальной базы ЛПУ, профессиональная подготовка медицинского персонала и готовность медицинского учреждения к оказанию МП. [8,9].

Наибольшие сложности для врача представляют клинические ситуации, требующие неотложной помощи больным [4,6]. Очень часто, при этом (особенно в акушерской практике) речь идет, прежде всего, о спасении жизни больной, поэтому неправильные или несвоевременные действия, ошибки в выборе тактики, методов и средств оказания помощи чреватые серьезными и даже трагическими последствиями [8,10,11,22].

Нередко причиной ошибок при оказании медицинской помощи и адекватной терапии бывает синдромальный подход. [8,9].

Одной из ведущих проблем современной медицины и акушерства и гинекологии в частности стал значительный патоморфоз заболеваний, течение которых резко отличается от классического представления, описанного во всех основных монографиях. Так, например, течение гнойно-септических заболеваний (послеродового эндометрита, острого сальпингита и т.д.) в 90-х гг. и в настоящее время разительно отличаются от таковых до указанного периода [8,11]. Обращают на себя внимание стертость клинической картины, малосимптомность, отсутствие привычных изменений в лабораторных показателях (умеренный или отсутствующий лейкоцитоз, нормальные биохимические показатели) и при этом торпидность течения заболеваний, несоответствие его тяжести клинической картине. Подобная ситуация порождает целый ряд как тактических, так и диагностических ошибок, особенно у молодых врачей.

Ятрогенные поражения так же распространены, как и в других отраслях медицины [10,11]

Наиболее распространенными осложнениями при выполнении операций на органах малого таза являются травмы (в том числе термические) мочеточников, ране-

ние брюшной аорты, перфорация петель кишечника, массивная кровопотеря [2,3].

В настоящее время значительную группу ошибок составляют неоправданные медикаментозные назначения - нецелесообразная антибактериальная терапия, использование препаратов с недоказанным эффектом действия, применение одномоментно нескольких односторонних препаратов, назначение от 5 до 15 (и далее более!) лекарственных средств.

По данным зарубежных исследователей, рассматривающих осложнения в акушерско-гинекологической практике, можно выделить наиболее часто встречающиеся проблемы: послеродовые гнойно-септические заболевания, эмболия околоплодными водами, оперативное акушерство (кесарево сечение, акушерские шипцы), акушерский травматизм, тяжелый гестоз, кровотечения, сочетание тяжелой экстрагенитальной патологии и беременности [22,23].

Множество различных мнений высказывается по поводу ведения пациенток с гестозом второй половины беременности. необходимо отметить, что патогенез заболевания, количество его форм так и остаются неясными до конца [8,9,11].

Исследователи [15,19] приводят результаты комплексного клинического, судебно-медицинского и медико-правового анализа неблагоприятных исходов при оказании акушерско-гинекологической помощи. При этом, отмечают рост таких экспертиз, недостатки диагностики и лечения, обусловленные объективными факторами, недооценкой состояния больных, отсутствием своевременного и полного обследования в 80% случаев.

Целью нашего исследования явилось установление уровня и характера неблагоприятных исходов оказания акушерско-гинекологической помощи в ЛПУ ХМАО-Югры.

Материалы и методы

Объектами исследования явились 188 заключений комиссионных экспертиз, проводившихся в рамках расследования уголовных и гражданских дел в отделе сложных экспертиз учреждения ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» в период с 2000 по 2007 годы из них 173 первичных, 13 дополнительных и 2 повторных.

Поводами к назначению данных экспертиз были случаи обращений пациентов и их родственников в правоохранительные органы и суд с предъявлением претензий на действия медицинских работников в ходе ОМП в государственных и частных ЛПУ ХМАО-Югры.

При изучении экспертных заключений нами были анализированы заявления и иски пациентов, постановления правоохранительных органов и определения судов о назначении судебно – медицинской экспертизы по гражданским и уголовным делам, данные медицинских документов, представленных для разрешения интересующих правоохранительные органы вопросов.

Анализ материала производился с одновременным изучением нормативных документов МЗ РФ: информационных писем, инструкций, приказов, касающихся организации и технологии оказания отдельных видов медицинской помощи.

Результаты и обсуждение

Чаще всего прокуратурой проводилась предварительная проверка медицинской деятельности в тех случаях, когда пострадавшими были пациенты молодого возраста (средний возраст 26–27 лет), либо возбуждались уголовные дела по фактам ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей (средний возраст пациентов 29 лет). В целом удельный вес экспертиз, проводившихся по гражданским делам, составил 35,6%, что свидетельствует о преобладании экспертиз по уголовным делам, полученные данные на рис. 1.

Для разрешения вопросов в гражданском суде, как правило, обращались лица более старшего возраста (33–37 лет). На наш взгляд, причиной этого может быть возможность получения истцом материальной компенсации в случаях установления прямой причинно-следственной связи между действиями медицинского персонала и наступившими неблагоприятными последствиями.

Количество предъявления претензий к акушерам составило 19,2%, и было обусловлено, в основном, осложнениями срочных родов. Последствия оказания гинекологической помощи были предметом анализа в 14,4% случаев от числа всех проведенных экспертиз.

Поводы обращения в правоохранительные органы представлены в табл. 1.

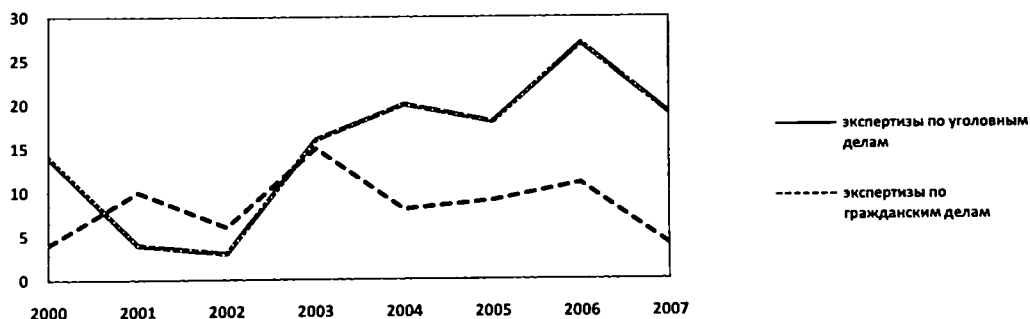


Рис.1. Соотношение экспертиз по уголовным и гражданским делам

Таблица 1. Перечень и количество нозологических форм, послуживших причиной обращения в ЛПУ и последующих претензий

№ п/п	Наименование основного заболевания	Количество больных абс.
Акушерско-гинекологические		
1.	Осложнения срочных родов	37
2.	Осложнения медицинского аборта	7
3.	Внематочная беременность	6
4.	Врожденные пороки развития сосудов, артериовенозные мальформации	4
5.	Порок сердца (врожденный)	3
6.	Хирургическая стерилизация	1
7.	Миома матки	1
8.	Внутриутробная гибель плода при выполнении амниоцентеза	1

Таблица 2. Объективные факторы ненадлежащего оказания акушерской и гинекологической помощи

	Объективные факторы	Частота встречаемости				
		Гинекологи		Акушеры		ЧВМС*
		абс.	%	абс.	%	%
1.	Тяжесть состояния	7	25,9	27	75	47
2.	Хронические инфекции	6	22,2	7	19,4	11
3.	Стертая клиническая картина	5	18,5	8	22,2	20
4.	Атипичность или бессимптомность течения	3	10,7	6	16,6	11
5.	Редкость заболевания	2	7,4	3	8,3	7
6.	Избыточный вес	2	7,4	3	8,3	9
7.	Сочетание или конкуренция заболеваний	1	3,7	-	-	6
8.	Кратковременность пребывания	1	3,7	-	-	4
9.	Аллергия	1	3,7	1	2,8	3

*ЧВМС - Частота встречаемости среди всех медицинских специальностей

В гражданском процессе указанные претензии рассматривались в 9 случаях (25%), предварительные проверки органами внутренних дел, прокуратуры и уголовные дела, возбужденные по фактам ненадлежащего ОМП были проведены в 3 раза чаще, в 27 случаях (75%).

Анализ материалов судебно-медицинских комиссий по сложным «врачебным делам» показал, что дефекты ОМП, как правило, встречались не единичные, а множественные и допускались на нескольких этапах лечебного процесса, поэтому количество выявленных дефектов значительно превышало количество изученных случаев.

Изучением распределения дефектов по этапам ОМП, установлено, что наибольшее количество дефектов было допущено на этапе оказания помощи в стационарах (71%). Максимальное число дефектов было у акушеров (94,6%), у гинекологов (77,8%).

Дефекты в виде неправильного ОМП составили 19,4%, недостаточная медицинская помощь имела место в 61,11%, а несвоевременная помощь оказывалась в 52,78 % наблюдений.

Среди дефектов по сферам ОМП установлено, что преобладают дефекты в тактико-стратегической (36,8%) и организационной (28,1%) сферах, дефекты в лечебной сфере имели место в 21,1%, информационно-

деонтологические нарушения были установлены в 14,0% случаев.

По этапам ОМП выявлено, что дефекты диагностики (41,8%) по частоте сравнимы с дефектами лечебной помощи (40,0%), и в два раза преобладают над дефектами профилактики (18,2%).

Процесс ОМП осложнялся наличием объективных (ОФ) и субъективных факторов (СФ).

ОФ ненадлежащего оказания акушерской и гинекологической помощи представлены в табл. 2.

В акушерской практике серьезное значение имеют такие ОФ, как тяжесть состояния (75,0%), частыми причинами были тяжелый некомпенсированный гестоз, асфиксия и антенатальная гибель плода, преждевременные роды, отслойка плаценты.

Стертая клиническая картина встретилась в 22,2% и проявлялась в поздней диагностике гестоза, вследствие недооценки клинической симптоматики, и была причиной задержки решения об экстренном родоразрешении.

Наличие хронических инфекций составляло 19,4% наблюдений, что затрудняло дифференциальную диагностику послеродовых осложнений (метрозндометрит, перитонит после кесарева сечения) и утяжеляло течение реабилитационного периода после оперативного родоразрешения.

Атипичность и бессимптомность течения таких патологических состояний, как внутриутробная гипоксия и антенатальная гибель плода, наблюдалась в 16,6%, приводила к несвоевременной диагностике данных осложнений и неадекватному лечению.

При анализе неблагоприятных исходов оказания акушерской помощи больным выявлены СФ, способствовавшие ненадлежащему врачеванию. Отказ от лечения встретился в 11,1% наблюдений. Признаки грубой неосторожности пациента, составляющие 8,3%, проявлялись в невыполнении рекомендаций и назначенного врачом лечения, отказом от госпитализации, от оперативного родоразрешения при патологическом течении родов, несоблюдением беременной женщиной медицинскому работнику об отсутствии шевеления плода. Наличие тяжелой фоновой патологии в 8,3% и неудовлетворенность пациента врачом 5,4% затрудняли дифференциальную диагностику и приводили к несвоевременному ОМП.

Прямая связь ДМП с неблагоприятным исходом установлена в 16,7% случаев. Причинами, способствовавшими наступлению смерти, были: поздняя диагностика и неадекватная терапия гестоза, несвоевременная диагностика отслойки плаценты, неправильный выбор метода родоразрешения, несвоевременная диагностика и неадекватное лечение осложнений родов: маточного кровотечения, разрыва матки, матки Кювельера, эмболии околоплодными водами.

Причинами, приведшими к расстройству здоровья, были следующие: запоздалая диагностика, неадекватная (как по объему, так и по составу вводимых препаратов) терапия, дефекты тактического плана – при диагнозе отслойки плаценты был необоснованно длительный период времени между моментом установления диагноза и проведением операции кесарева сечения. Наблюдалась дефекты технического плана – травмирование шейного отдела позвоночника ребенка при попытке наложить акушерские щипцы.

К стойкому расстройству здоровья в основном, приводили дефекты оперативного родоразрешения, в результате которого повреждались органы: прямая кишка, мочеточник, мочево́й пузырь.

В 14,0% случаев жалоб исто́вов были обусловлены нарушением медицинскими работниками принципов этики и деонтологии. Поводами к возникновению таких жалоб были: грубое отношение к больным, невнимание, нежелание разъяснить пациенту (родственникам) причину заболевания, а в ряде случаев – отрицательные высказывания или оценки, которые давались врачом в присутствии больного или родственников в отношении коллег, проводивших предшествующее лечение.

Таким образом, количество претензий к врачам акушерам-гинекологам составило 19,2% от общего числа всех экспертиз. Все выявленные дефекты были допущены на госпитальном этапе. МП оказывалась, как правило, в недостаточном объеме. Среди дефектов по сферам ОМП установлено, что дефекты в организационной (28,1%) и тактико-стратегической (36,8%) сферах в сумме заметно преобладают над другими. Дефекты диа-

гностики (41,8%) незначительно превышают число дефектов лечебной помощи (40%) и в два раза преобладают над дефектами профилактики (18,2%). ОФ, часто осложняющими ОМП были: тяжесть состояния (75%), стертая клиническая картина (22,2%), хронические инфекции (19,4%), редкость заболевания (8,3%). СФ, препятствующими ОМП являлись: отказ от лечения (11,1%), признаки грубой неосторожности пациента (8,3%), наличие тяжелой фоновой патологии (8,3%).

Прямая связь ДМП с неблагоприятным исходом установлена в 16,7% случаев.

В гинекологической практике на догоспитальном этапе дефекты имели место в 22,2% случаев, на госпитальном этапе в 77,8% наблюдений.

Дефекты в виде неправильного ОМП составили 48,14%, недостаточная МП имела место в 70,40%, а несвоевременная помощь оказывалась в 22,22% наблюдений.

Анализ дефектов по сферам ОМП показывает, что в совокупности дефекты тактического (23%) и организационного (29%) плана преобладают над дефектами в лечебной деятельности (34%)э.

По этапам ОМП дефекты лечебной помощи (51%) значительно преобладают над дефектами диагностики (34,7%), и профилактики (12,2%)

Первое место занимают такие ОФ ОМП как тяжесть состояния (25,9%), и стертая клиническая картина (18,5%) которые часто были обусловлены поздним обращением (внематочная беременность), некомпенсируемым течением патологического процесса (гестоза) после начала заболевания и развитием соответствующих осложнений (перитонит, метроризмометрит, кровотечение).

Наличие хронических инфекций (22,2%) затрудняло дифференциальную диагностику заболевания (метроризмометрит, сепсис) и утяжеляло течение основного заболевания (аднексит).

Атипичность и бессимптомность течения тубной беременности, аппендицита у беременной уменьшали возможность своевременной диагностики и адекватной терапии, что наблюдалось у 10,7% больных.

Из неблагоприятных исходов оказания помощи гинекологическим больным выявлены СФ, способствовавшие ненадлежащему врачеванию. Агрессия, симуляция, диссимуляция, встречающиеся в 7,4%, поиск лучшего врача в 7,4% – приводили к несвоевременному лечению хронической фетопланцитарной недостаточности, внутриутробному инфицированию плода, следствием чего стали не вынашивание беременности и антенатальная гибель плода.

Отказ от лечения наблюдался в 3,7%. Признаки грубой неосторожности, составляющие такую же частоту, проявлялись невыполнением рекомендаций врача и назначенного лечения, отказом от госпитализации при лечении гестоза.

Прямая связь ДМП с неблагоприятным исходом установлена в 44,4% случаев.

К длительному расстройству здоровья приводили следующие причины: запоздалая диагностика эктопиче-

ской беременности, поздняя госпитализация больных, приведшие к несвоевременному (запоздалому) оказанию медицинской помощи (ревизия брюшной полости), неадекватная (как по объему, так и по составу вводимых препаратов) терапия, технические погрешности (перфорация матки, петель кишечника, мочевого пузыря) при проведении операции прерывания беременности.

В 13,5% жалобы истцов были обусловлены нарушением медицинскими работниками принципов этики и деонтологии. Поводами к таким жалобам были: грубое отношение к больным, невнимание, нежелание разъяснить пациенту (родственникам) причину заболевания, а в ряде случаев - отрицательные высказывания или оценки, которые давались врачом в присутствии больного или родственников в отношении коллег, проводивших предшествующее лечение, что можно показать на конкретном наблюдении.

Таким образом, количество претензий к врачам гинекологам составило 14,4% от общего числа всех экспертиз, доля ДМП помощи на госпитальном этапе (77,8%) превышает их частоту на госпитальном этапе (22,2%). Медицинская помощь оказывалась, как правило, в недостаточном объеме. Среди дефектов по сферам ОМП установлено, что в совокупности дефекты тактического (23,1%) и организационного характера (28,9%) преобладают над дефектами в лечебной деятельности (34,5%). Дефекты лечебной помощи (51,3%) значительно преобладают над дефектами диагностики (34,7%) и профилактики (12,2%). ОФ, часто осложняющими ОМП, были: тяжесть состояния (25,9%), хронические инфекции (22,2%), стертая клиническая картина (18,5%), атипичность или бессимптомность течения заболевания (10,7%). СФ, препятствующими ОМП являлись: агравация, симуляция, диссимуляция, поиск лучшего врача 7,4%, отказ от лечения, признаки грубой неосторожности пациента 3,7%.

Прямая связь ДМП с неблагоприятным исходом установлена в 44,4% случаев.

Выводы

1. Оценка оказания медицинской помощи по материалам комиссионных судебно-медицинских экспертиз, проводившихся в рамках расследования уголовных и гражданских дел при обращении граждан с жалобами и заявлениями, позволяет выявить причины возникновения, характер дефектов а также субъективные и объективные факторы, осложняющие исполнение профессиональных обязанностей врачами акушерами-гинекологами.

2. Дефекты оказания медицинской помощи в акушерско-гинекологической практике приводят не только к длительному расстройству здоровья пациентов, но и к стойкой утрате общей трудоспособности или наступлению летального исхода.

3. Совершенствование организационных принципов ведения беременных, своевременное и повышение профессиональных компетенций врачей акушеров-гинекологов и анализ допущенных дефектов могут привести к повышению эффективности и качества оказания акушерско-гинекологической помощи. ■

Тязунов Денис Владимирович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры морфологии медицинского института ГБОУ ВПО «Сургутского государственного университета ХМАО-Югры», г. Сургут; Шаймухаметова Индира Флюровна, врач судебно-медицинский эксперт филиала «Отделение в городе Сургуте» КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», г. Сургут; Чирков Сергей Викторович, начальник КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», г. Ханты-Мансийск; Автор, ответственный за переписку Тязунов Д.В. 628400, Тюменская область, г. Сургут, ул. Энергетиков 22, тел.: (922)259-01-47, e-mail: for.expert@mail.ru

Литература:

- Бурдули, Г. М. Репродуктивные потери / Г. М. Бурдули, О. Г. Фролова. - М., 1997.
- Гаспаров, А. С. Оптимизация тактики ведения больных с острыми гинекологическими заболеваниями / А. С. Гаспаров, А. Г. Косаченко, А. А. Торгомян, А. Г. Меликян // Акушерство и гинекология. - 2004. - ч1. - С. 40-41.
- Горин, В. С., Риск тромбгеморрагических осложнений в эндоскопической гинекологии / В. С. Горин, В. Н. Серов, Т. Г. Кондранина, Ю. А. Чулаев, А. П. Шин // Акушерство и гинекология. - 2004. - ч 5. - С. 11-12.
- Гридик, А. Л. Материнская смертность в условиях реорганизации здравоохранения Московской области (состояние, тенденции, профилактика): Автореф. дисс. д.м.н. - М., 2002. - 44 с.1. - 264 с.
- Зильбер, А. П. Этика и закон в медицине критических состояний / А. П. Зильбер. - Петрозаводск, 1998. - 202 с.
- Кирбасова, Н. П., Актуальные вопросы юридической ответственности акушера-гинеколога / Н. П. Кирбасова, А. А. Старченко // Акушерство и гинекология. - 2004. - ч2. - С. 48-54.
- Краснопольский, В. И. Основные причины развития и клинические особенности формирования осложненных форм гнойного воспаления у акушерско-гинекологических больных / В. И. Краснопольский, С. Н. Буянова, Н. А. Щукина // Российский вестник акушера гинеколога. - 2003. - ч3. - С. 58-59.
- Кулаков, В. И. В. И. Анестезия и интенсивная терапия в акушерстве и неонатологии / В. И., Д. П. Казаков, В. М. Егорова, Н. Н. Кузнецов. - Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2001. - 264 с.
- Репина, М. А. Ошибки в акушерской практике / М. А. Репина. - Л.: Медицина, 1988. - 248 с.
- Акушерство / под ред. Г. М. Савельевой. - М.: Медицина, 2000. - 816 с.
- Савельева, Г. М. Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов женщин / Г. М. Савельева, Л. В. Антонова Л. В. - М.: Медицина, 1987. - 160 с.
- Сергеев, Ю. Д. Профессия врача. Юридические основы / Ю. Д. Сергеев. - К.: Высшая школа, 1988. - 205 с.
- Сергеев, Ю. Д., Ятрогенная патология — актуальная судебно-медицинская проблема / Ю. Д. Сергеев, С.

- В. Ерофеев // Судебно-медицинская экспертиза. – 1998. – ч 2. – С. 3-8.
14. Сергеев, Ю. Д. Неблагоприятный исход медицинской помощи. / Ю. Д. Сергеев, С. В. Ерофеев. – М., 2001. – 288 с.
15. Сергеев, Ю. Д. Проблема ненадлежащего оказания медицинской помощи: методика изучения и актуальность / Ю. Д. Сергеев, С. В. Ерофеев. // Медицинское право. – 2003. – ч 1. – С. 3-5.
16. Сергеев, Ю. Д. Практика правового обеспечения оказания медицинских услуг / Ю. Д. Сергеев, В. И. Вигдорчик, М. В. Болотина // Медицинское право. – 2005. – ч1. – С. 12.
17. Сергеев, Ю. Д. Об экспертной и правовой оценке гражданских дел в случаях ненадлежащего врачевания / Ю. Д. Сергеев, Л. В. Канунникова // Медицинское право. – 2005. – ч2. – С. 17-20.
18. Сергеев, Ю. Д. Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента / Ю. Д. Сергеев, А. А. Мохов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 312 с.
19. Сергеев, Ю. Д. Основы медицинского права России: Учеб. пособие / Ю. Д. Сергеев, А. А. Мохов / под ред. чл. — корр. РАМН, проф. Ю. Д. Сергеева. — М.: Медицинское информационное агентство. – 2007. – 360 с.
20. Сергеев, Ю. Д. Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (экспертно-правовые аспекты). Научно-практическое руководство / Ю. Д. Сергеев, Ю. В. Бисюк. – М.: Авторская академия, 2008. – 399 с.
21. Правовые аспекты деятельности врача / Авт. — сост.: Старченко А. А., Шифман Е. М., Хапий Х. Х. – Петрозаводск: Изд-во «ИнтелТек», 2003. – 344 с.
22. Barach, P. Preventable Deaths From Medical Errors / P. Barach, J. J. Mohr, R. A. Hayward, T. P. Hofer // JAMA.— Dec 2001; 286: P. 2813-2814.
23. Gallagher, T. H.; Waterman A. D.; Ebers A. G.; Eraser V. J.; Levinson W. Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors / T. H. Gallagher, A. D. Waterman, A. G. Ebers, V. J. Eraser, W. Levinson // JAMA. – Feb 2003. – 289: P. 1001-1007.