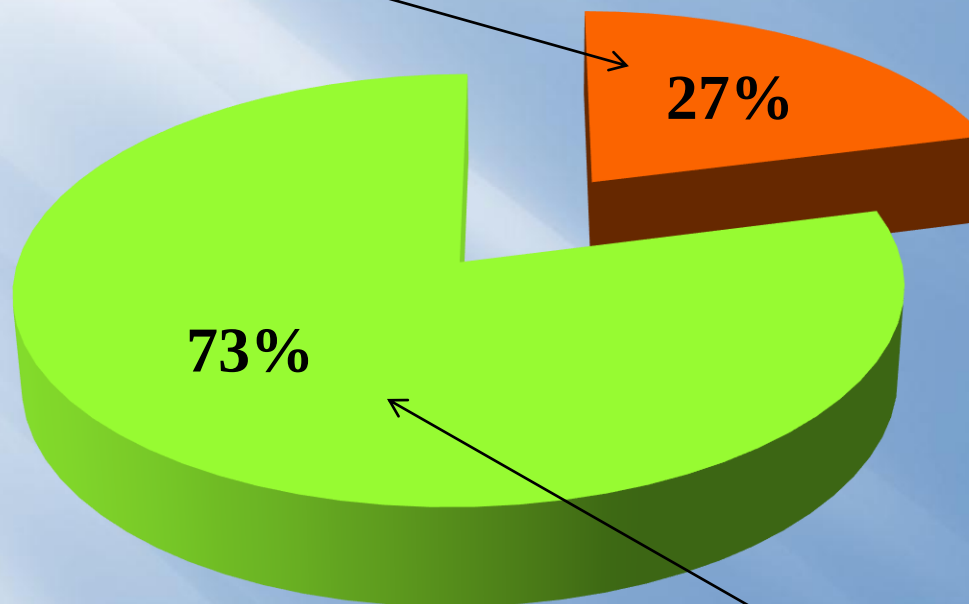


**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА
ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
*(по материалам уголовных и
гражданских дел в СПб ГБУЗ «БСМЭ»)***

Докладчик: к.м.н. О.А. Быховская
заведующая отделом сложных
экспертиз СПб ГБУЗ «БСМЭ»

Доля экспертиз по «врачебным делам» за 2014 год

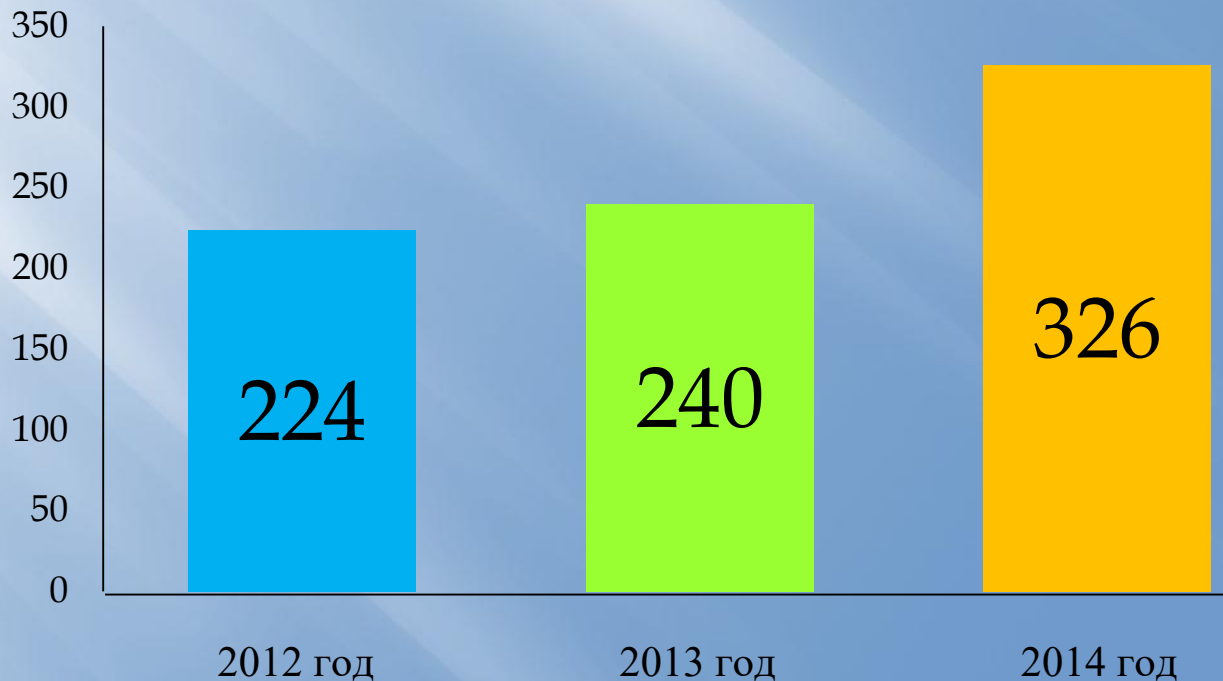
экспертизы по "врачебным делам"



другие экспертизы

Динамика экспертиз по обвинению медицинских работников за 2012-2014 годы

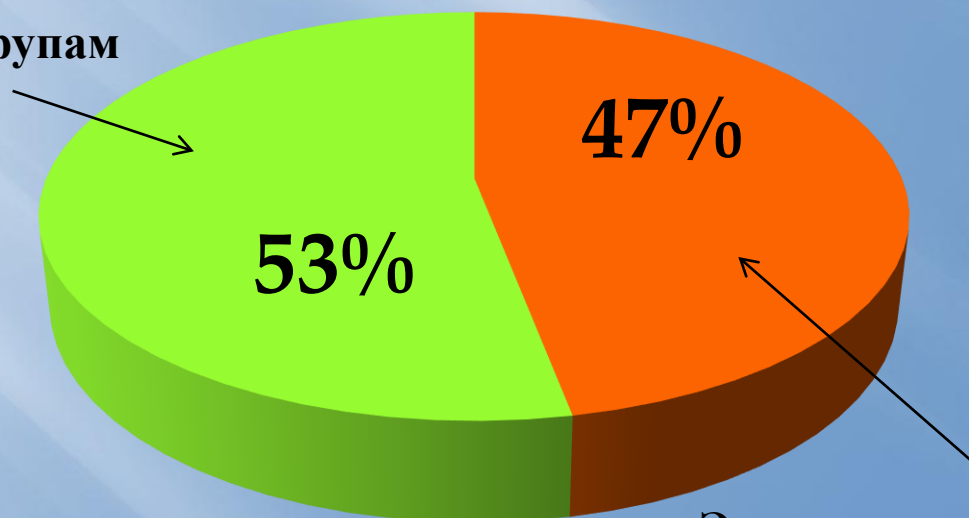
Структура экспертиз	Год			Всего
	2012	2013	2014	
Общее количество экспертиз	1100	1009	1202	3311
Кол-во экспертиз по «врачебным делам»	224	240	326	790
Доля экспертиз по «врачебным делам»	20%	24%	27%	24%



Соотношение количества экспертиз, назначенных по уголовным и гражданским делам, по «живым» и трупам за 2014 год

Объекты	Гражданские дела	Уголовные дела	Всего
Живые	118	35	153
Трупы	46	127	173
И т о г о	164	162	326

Экспертизы по трупам



Экспертизы по живым лицам

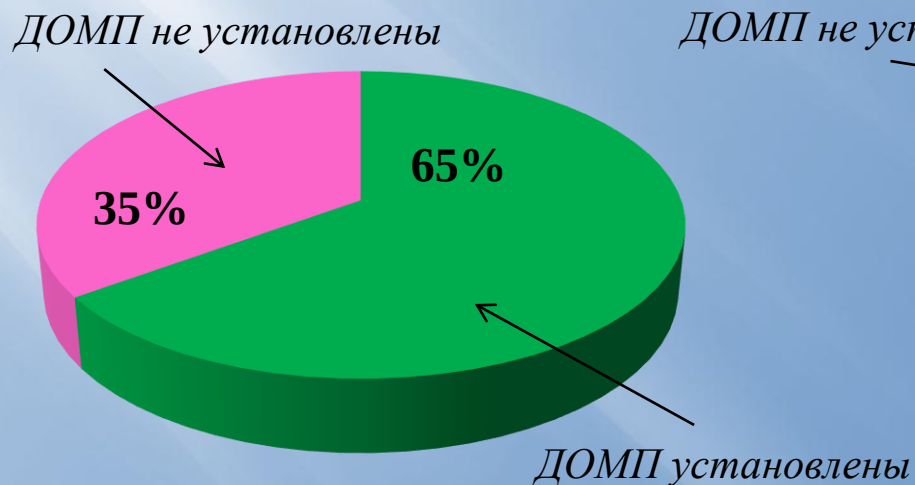
**Количество экспертиз по «врачебным
делам», назначенных в отношении
государственных и частных учреждений по
территориальному признаку в 2014 году**

Вид учреждения	ВСЕГО	Санкт- Петербург	Другие регионы
Частные учреждения	56	45	11
Государственные учреждения	270	161	109

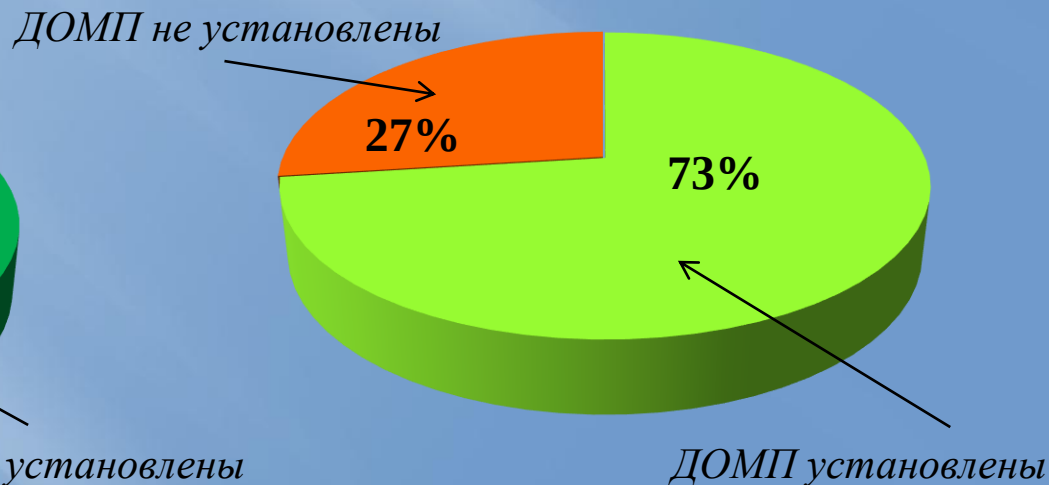
Соотношение количества экспертиз и выявленных дефектов оказания медицинской помощи в 2014 году

Вид экспертиз	Уголовные дела	Гражданские дела
Количество экспертиз по «врачебным делам»	162	164
Количество экспертиз с выявленными дефектами оказания медицинской помощи	105	118
Соотношение СМЭ	65%	73%

Экспертизы по уголовным делам



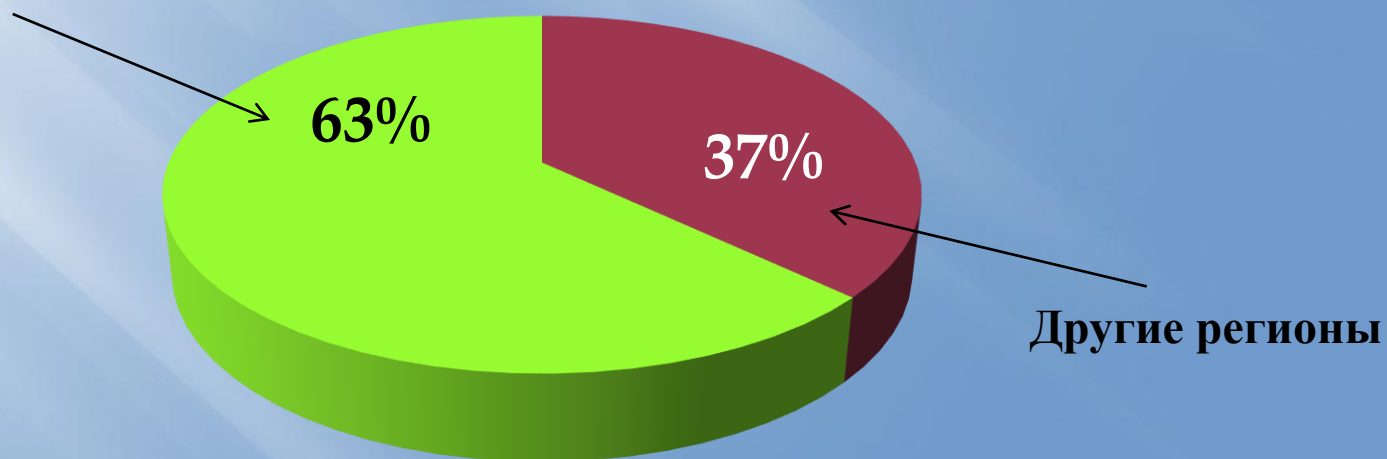
Экспертизы по гражданским делам



Соотношение экспертиз, назначенных по Санкт-Петербургу и иногородних за 2014 год

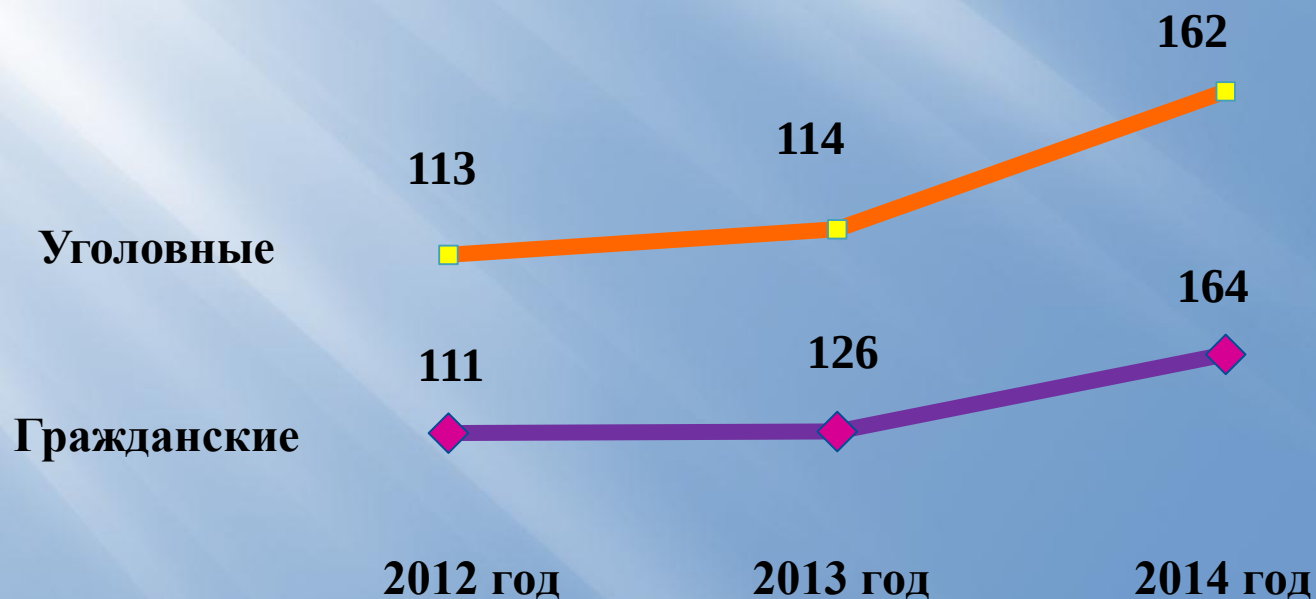
	Иногородние	по Санкт-Петербургу	ВСЕГО
Количество	120	206	326

по Санкт-Петербургу



Динамика количества экспертиз по «врачебным делам» по уголовным и гражданским делам за 2012-2014 годы

Год	Уголовные	Гражданские	Всего
2012	113	111	224
2013	114	126	240
2014	162	164	326
ИТОГО	389	401	790



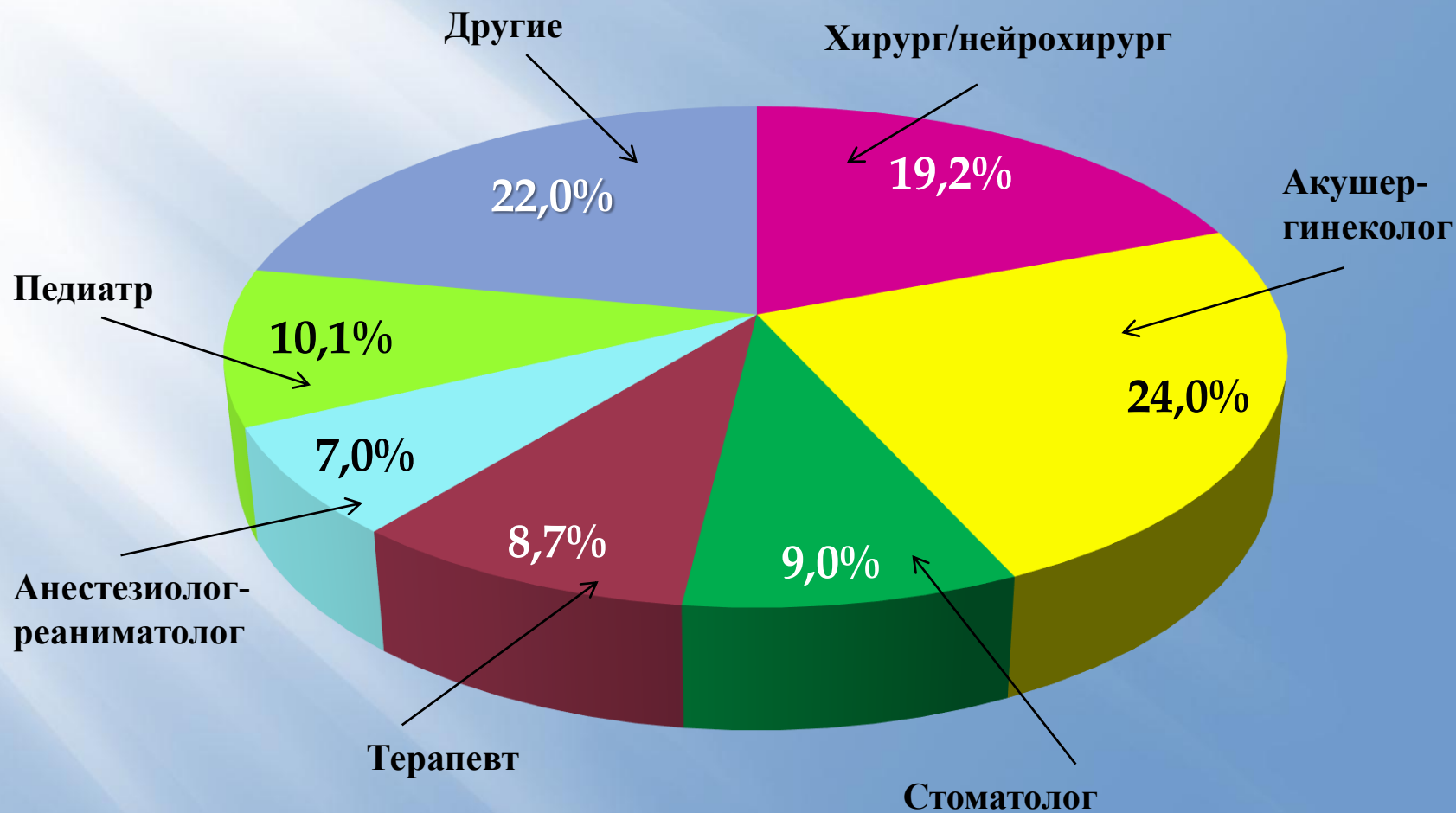
Количество выявленных дефектов медицинской помощи в зависимости от специализации врача в 2014 году

Специальность	Дефекты установлены	Дефекты не выявлены	Всего
Хирург	31 (86%)	5	36
Акушер-гинеколог	57 (70%)	24	81
Терапевт	33 (75%)	11	44
Стоматолог	19 (68%)	9	28
Анестезиолог-реаниматолог	22 (88%)	3	25
Невролог/нейрохирург	12 (57%)	9	21
Фтизиатр	3	1	4
Педиатр	16 (44%)	20	36
Офтальмолог	3	1	4
Другие	27	20	47
Итого	223	103	326

Претензии к медицинской помощи в зависимости от
специализации врача в 2014 году
по уголовным и гражданским делам

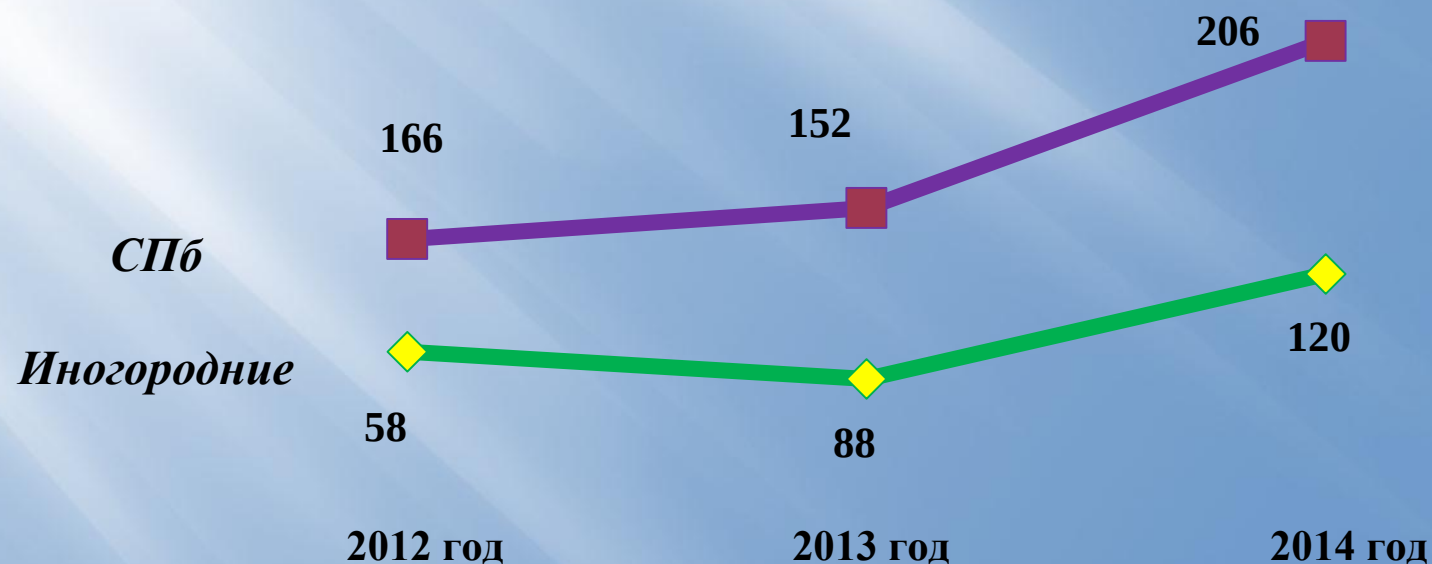
Специальность	Уголовные	Гражданские	Всего
Хирург	11	25	36
Акушер-гинеколог	40	41	81
Терапевт	28	16	44
Стоматолог	1	27	28
Анестезиолог- реаниматолог	19	6	25
Невролог/нейрохирург	10	11	21
Фтизиатр	2	2	4
Педиатр	25	11	36
Офтальмолог	-	4	4
Другие	26	21	47
Итого	162	164	326

Соотношение экспертиз по претензиям к врачам в зависимости от специализации за 2012-2014 годы

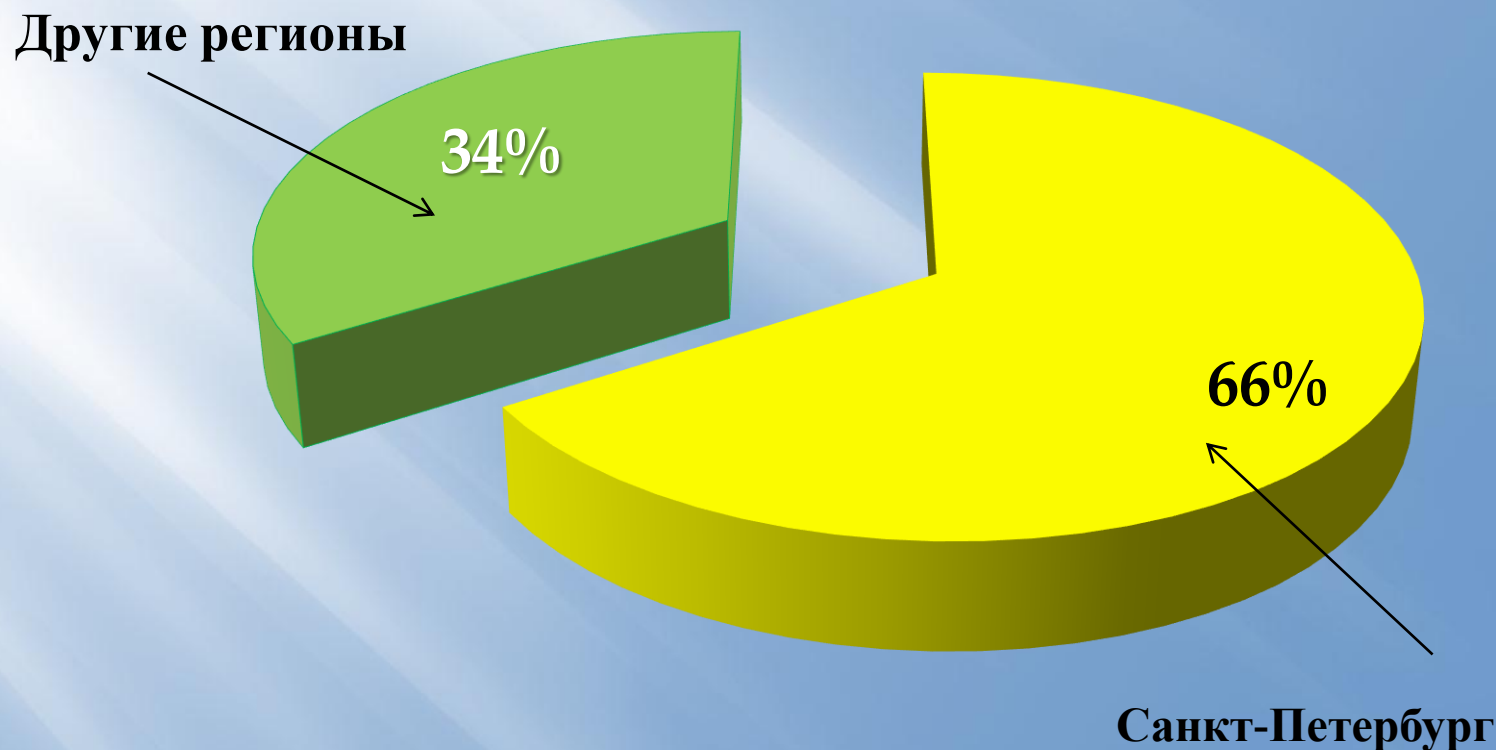


Динамика количества экспертиз по «врачебным делам», назначенным следствием по Санкт-Петербургу и других регионов за 2012-2014 годы

Год	2012	2013	2014	Всего
Санкт-Петербург	166	152	206	524
Других регионов	58	88	120	266
Итого	224	240	326	790



**Доля экспертиз по «врачебным делам», назначенных
следствием по Санкт-Петербургу и других регионов
за 2012-2014 годы**



Доля экспертиз с выявленными дефектами в 2014 году

Доля выявленных экспертными комиссиями дефектов оказания медицинской помощи составляла:

2012 г. 65%

2013 г. 71%

2014 г. - **68%** по СПб
 - **79%** по другим регионам РФ

Доля экспертиз с выявленными дефектами по гражданским и уголовным делам в 2014 году

Доля экспертиз с выявленными дефектами в 2014 г.
составила по:

- гражданским делам - 73%
- по уголовным делам - 65%

ВИДЫ ВЫЯВЛЯЕМОЙ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННОЙ СВЯЗИ

В результате проведённого анализа выполненных в СПб ГБУЗ «БСМЭ» экспертиз (исследований) по «врачебным делам» за 2014 г. на предмет экспертной оценки характера причинно-следственной связи между допущенными дефектами медицинской помощи и их последствиями, оказалось, что:

- прямая (необходимая) причинно-следственная связь состояния здоровья человека с дефектами оказания медицинской помощи установлена - в 8%,
- непрямая (случайная) ППС - в 30%
- причинно-следственная связь не определялась - в 62%
(в связи с отсутствием такого вопроса от следствия).

ОЦЕНКА ДЕЙСТВИЙ (БЕЗДЕЙСТВИЙ)

В 19,8% случаев органы следствия и суда ставили на разрешение экспертных комиссий вопрос об оценке *действий (бездействий)* медицинских работников, а также наличия и вида причинно-следственной связи этих действий (бездействия) с исходом заболеваний (травм) и результатами оказания медицинской помощи.

Основные нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность судебно-медицинской экспертной комиссии

1. Федеральный закон от 31 мая 2001 г. N 73-ФЗ "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации"

2. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 N 346н "Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации"

3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. N 194н "Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека"

С 01.01.12 года вступил в законную силу новый Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 2011 г. В нём более чётко указаны правовые взаимоотношения врача и пациента. Например, ст. 20 по *«согласию на медицинское вмешательство и отказу»*.

На обязанность медицинских работников возложено подписывать в добровольном информированном согласии у пациента все, проводимые ему медицинские манипуляции (*а не только отказ от них*): о целях, методах, риске, вариантах, последствиях, результатах медицинской помощи.

Пример 1

Пациенту, обратившемуся с жалобами на ухудшение зрения, не были проведены диагностические обследования (обязательная тонометрия-измерение внутриглазного давления), предусмотренные Приказом МЗ СССР № 770 от 30.05.86 г. больным старше **40** лет, что не позволило своевременно диагностировать **глаукому** глаз и своевременно начать адекватное лечение.

Повторное обращение к другому офтальмологу через **10 месяцев** с жалобами на продолжающееся ухудшение зрения из-за прогрессирования болезни позволило установить этот диагноз после измерения внутриглазного давления и провести оперативное лечение по поводу глаукомы в связи с выявленными изменениями на сетчатке.

Однако зрение ухудшилось и пациент получил **инвалидность 2** группы по зрению. Экспертная комиссия установила **непрямую** причинно-следственную связь между ухудшением состояния здоровья пациента (прогрессированием заболевания) и дефектом диагностики.

Суд **удовлетворил иск пациента**, применив ст. 401 ГК РФ (презумпция вины лица, нарушившего обязательства), так как **врач нарушил** обязательства по измерению внутриглазного давления лицу старше 40 лет, предусмотренного ведомственным нормативным актом, в результате чего **не был своевременно установлен правильный диагноз** и не проводилось необходимое лечение, болезнь прогрессировала с наступлением инвалидности.

Отсутствует единообразный подход к данному вопросу при рассмотрении «врачебных дел». Одной из причин этого может быть двойственное толкование экспертами утвержденных приказом от 24 апреля 2008 г. № 194н Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

В частности в п. 24 указано. Ухудшение состояния здоровья человека, вызванное характером и тяжестью травмы, отравления, заболевания, поздними сроками начала лечения, его возрастом, сопутствующей патологией и др. причинами, не рассматривается как причинение вреда здоровью.

В тоже время в п.25. указано «Ухудшение состояния здоровья человека, обусловленное дефектом оказания медицинской помощи, рассматривается как причинение вреда здоровью».

А в п.26 написано «Установление степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, в случаях, указанных в пунктах 24 и 25 Медицинских критериев, производится также в соответствии с Правилами и Медицинскими критериями».

ПРАВИЛА

определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека

1. Настоящие Правила устанавливают порядок *определения* при проведении судебно-медицинской экспертизы степени *тяжести вреда*, причинённого здоровью человека.

2. Под вредом, причинённым здоровью человека, понимается нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате *воздействия физических, химических, биологических и психических факторов внешней среды.*

ДЕФЕКТ

оказания медицинской помощи

Под **ДОМП следует понимать
неправильное действие (бездействие)
с нарушением действующих правил,
стандартов, приказов медицинскими
работниками, в связи с выполнением ими своих
функциональных обязанностей (лечебно-
диагностических, профилактических, медико-
реабилитационных), независимо от того
привели ли они к развитию неблагоприятных
последствий**

Вопросы, выходящие за пределы компетенции судебно-медицинской экспертизы, встречающиеся в постановлении (определении)

1. **Виновен** ли врач с указанием ФИО?
2. **Мог ли** врач в конкретных условиях оказать медицинскую помощь надлежащего качества?
3. Имелась ли необходимая **оснащённость** в медицинском учреждении для оказания медицинской помощи надлежащего качества?
4. Имелись ли соответствующая **квалификация и опыт** у врача?
5. Имеется ли причинная связь между **действиями (бездействиями)** врача и неблагоприятными последствиями (причинением вреда здоровью)?
6. Причинён ли вред здоровью **действиями (бездействиями)** врача (ФИО)?
7. Какова степень тяжести вреда здоровью, причиненного **действиями (бездействиями)** врача?

Необоснованный выход за пределы компетенции эксперта

- - самопроизвольное и расширенное толкование нормативно-правовых документов. Например, осуществляется подмена понятий: «Дефект оказания медицинской помощи» на «Ненадлежащее оказание медицинской помощи (исполнение профессиональных обязанностей)»
- - выводы экспертов не обоснованы данными нормативных документов (отсутствуют ссылки на Приказы, стандарты, инструкции, клинические рекомендации);
- эксперты выходят за пределы своей компетенции, давая оценку действиям конкретных медицинских работников и квалификацию этих действий, как, например, *оставление пациента в опасности, не соответствие требованиям безопасности.*

Примеры экспертных выводов, выходящих за пределы компетенции экспертной комиссии

Расширенное, свободное и необоснованное толкование нормативно-правовых документов.

Пример: понятие «Дефект медицинской помощи», подменяется понятием *«Ненадлежащее оказание медицинской помощи (исполнение профессиональных обязанностей)»*

Юридическая, а не судебно-медицинская оценка действий врачей.

Пример: действия врачей не соответствовали требованиям безопасности, состояние пациента являлось опасным для жизни, пациент не имел самостоятельной возможности принять меры к самосохранению, что можно расценивать как оставление в опасном для жизни состоянии

Примеры экспертных выводов, выходящих за пределы компетенции экспертной комиссии

Указание конкретных лиц (ФИО), оказывавших медицинскую помощь и допустивших дефекты при ее оказании

Пример: Записи о состоянии здоровья П., подписаны врачами Н. и Ю., совместно с начмедом А. и зав. отделением П.

Оказание медицинской помощи осуществлял непосредственно врач Ю. Следовательно, оказание медицинской помощи в отношении П. каждым из указанных лиц следует считать ненадлежащим.

Закрытая травма головы
(субдуральная гематома)

Несвоевременная диагностика
(не сделаны МЭХО, КТ головного мозга)

Несвоевременное лечение
(не проведена трепанация)

Смерть от отёка и дислокации

Выводы первичной экспертизы:

1. «ДМП лишил пациента шансов на благоприятный исход (выздоровление)»
2. Между дефектом и исходом есть **ПРЯМАЯ** причинно-следственная связь

1

ПРИЧИНА

Закрытая **ТРАВМА** головы
(субдуральная гематома)

УСЛОВИЯ
(неблагоприятные)

Несвоевременная
диагностика

Несвоевременное
лечение

СЛЕДСТВИЕ

СМЕРТЬ от отёка и
дислокации мозга

Выводы ПОВТОРНОЙ экспертизы:

1. Между дефектом и исходом нет **ПРЯМОЙ** связи
2. Допущенные дефекты снижали эффективность лечения (должны рассматриваться как неблагоприятные **УСЛОВИЯ**)
3. Оценка действий (бездействий) медицинских работников выходит за **пределы компетенции** судебной медицинской экспертизы

2

(ст. 24 Медицинских критериев ...)

УГОЛОВНО-ПРАВОВАЯ КВАЛИФИКАЦИЯ «НЕНАДЛЕЖАЩЕГО» ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ

ч. 2 ст. 109 - Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей

ст. 118 - Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей

ч. 4 ст. 122 - Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей

ст. 124 - Неоказание помощи больному

ст. 238 - ...выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности

ч. 2 ст. 293 - Халатность, то есть неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе... повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека

Пример причинения по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей тяжкого вреда здоровью (ч.2 ст.118 УК РФ)

Врач анестезиолог - реаниматолог детской больницы при исполнении своих профессиональных обязанностей причинил по неосторожности тяжкий вред здоровью ребенку.

При лечении были допущены следующие дефекты:

-техническая погрешность при установке катетера подключичной вены с проникновением в плевральную полость,

-недооценка рентгенологических данных о положении катетера после его установки (катетер вышел за пределы вены и его конец оказался в плевральной полости, куда длительное время поступала жидкость, предназначенная для инфузионной терапии),

-несвоевременная диагностика левостороннего гидроторакса.

Указанные дефекты привели к смещению средостения и остановке сердечной деятельности, вызвавшей крайне тяжелое состояние ребенка, и поэтому между ними была установлена прямая причинная связь и определен тяжкий вред здоровью по последствиям дефектов оказания медицинской помощи.

УГОЛОВНО-ПРАВОВАЯ КВАЛИФИКАЦИЯ «БЕЗДЕЙСТВИЯ» В ИНЫХ СЛУЧАЯХ

ст. 236 - Нарушение санитарно-эпидемиологических правил

ч. 1 - Нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание или отравление людей, -

ч. 2 - То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть человека, -

ст. 237 - Соккрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей

ч. 1 - Соккрытие или искажение информации о событиях, фактах или явлениях, создающих опасность для жизни или здоровья людей...

ч. 2 - Те же деяния, если... в результате таких деяний причинен вред здоровью человека или наступили иные тяжкие последствия

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «ВРЕД ЗДОРОВЬЮ»

«Под вредом, причиненным здоровью человека, понимается нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психогенных факторов внешней среды»

Приказ Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н (ред. от 18.01.2012)
«Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда,
причиненного здоровью человека»

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «ВРЕД ЗДОРОВЬЮ»

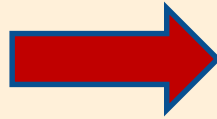
«Факт неоказания помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, либо факт ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, либо факт бездействия при оказании помощи больному устанавливается органом предварительного расследования или судом»

Проект приказа Минздрава России «Об утверждении Порядка определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека»

Не является предметом регулирования «Порядка»

Заболевание или травма, или аномалия развития, заведомо приводящие к наступлению смерти

Заболевание



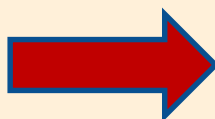
смерть

Прямая причинная связь отсутствует

бездействие

Изначально был причинен вред здоровью,
опасный для жизни человека (тяжкий вред)

травма



полное выздоровление

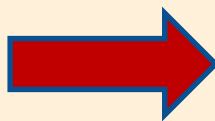
бездействие

Прямая причинная связь отсутствует

Ситуация № 5

Изначально был причинен вред здоровью,
опасный для жизни человека (тяжкий вред)

травма



смерть

бездействие

Прямая причинная связь отсутствует
Непрямая связь имеется

ПРИЛОЖЕНИЕ
к Приказу Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 24 апреля 2008 г. N 194н

**МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ
ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО
ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА**

24. Ухудшение состояния здоровья человека, вызванное характером и тяжестью травмы, отравления, заболевания, поздними сроками начала лечения, его возрастом, сопутствующей патологией и др. причинами, **не рассматривается как причинение вреда здоровью.**

Методика оценки ДМП

- - На 1 этапе экспертная комиссия, состоящая из судебно-медицинских экспертов и внештатных (не работающих в СПб ГБУЗ БСМЭ) специалистов - по профилю экспертизы, производит исследование всех представленных судебно-следственными органами медицинских документов и материалов дела, к которым относятся : приказы МЗ РФ, инструкции, стандарты лечения, клинические рекомендации (национальные руководства), протоколы допросов, ЛКК, Заключение ГУЗЛ, материалы

- Уголовных и гражданских дел, в том числе заключение служебной проверки; проводит обследование потерпевшего (при экспертизе «живых лиц»), с повторным исследованием рентгенограмм, КТ, СКТ, а также гистологических препаратов. После исследования всех представленных материалов и медицинских документов с результатами дополнительных исследований экспертная комиссия выявляет причину возникновения осложнения (неблагоприятного исхода).

- - 2 этап заключается в выявлении причин (причины) возникновения осложнения при оказании медицинской помощи. Для этого необходимо либо установить **имел ли место дефект оказания** медицинской помощи - объективное выявление нарушений методики и техники выполнения медицинских манипуляций, нормативных документов (соответствие медицинской помощи с утвержденными стандартами) и др. или выявить другие причины, в силу которых возникли неблагоприятные последствия.

- К таким причинам относятся : тяжесть состояния больного, случайные непредвиденные особенности реакции больного (например, из-за измененной реактивности организма - анафилактический шок или другие аллергические реакции), индивидуальные особенности его организма (наличие фоновых заболеваний, особенностей анатомического строения и др.)

- Выявление дефектов медицинской помощи производится путем сопоставления данных о проводимых лечебно-диагностических мероприятиях, отраженных в представленной медицинской документации с регламентирующими и инструктивными документами, стандартами и др. Можно считать установленным дефект ОМП только при объективно выявленных нарушениях нормативных документов (должностных инструкций, стандартов оказания медицинской помощи и др.) или при не соблюдении общепринятых требований науки и практики, изложенных в учебниках, методических рекомендациях.

- - На 3 этапе экспертная комиссия устанавливает причинно-следственную связь между допущенным дефектом ОМП, (если он выявлен и объективно доказан) и возникшим осложнением. Следует отметить, что возникновение осложнения после медицинской манипуляции не тождественно тому, что оно развилось вследствие него.



- Примером прямой причинно-следственной связи между допущенным дефектом ОМП и возникшим осложнением является например, повреждение мочеточника или стенки мочевого пузыря с последующим развитием мочевого перитонита, приведшего пациентку к смерти (дефект операционного пособия при операции Кесарева сечения).

- Непрямая причинно-следственная связь между допущенным дефектом ОМП и возникшим осложнением устанавливается когда ДОМП, не сами по себе, привели к неблагоприятному исходу, но создали условия (способствовали ему) для его возникновения или осложнения возникли в силу индивидуальных особенностей организма пациента.

- К таким дефектам, относятся: запоздалая диагностика, поздняя госпитализация, ранний перевод из отделения интенсивной терапии, недостаточный контроль и наблюдение, которые приводили к несвоевременному оказанию медицинской помощи и, тем самым, снижали эффективность проводимой терапии и способствовали неблагоприятному исходу.

- - Последний 4 этап - это заключительный аналитический этап экспертизы направлен на определение тяжести вреда здоровью в случаях, если возникшие осложнения явились результатом допущенных дефектов со стороны медицинских работников. Какие-либо осложнения операций или примененных методов диагностики (при отсутствии дефектов их выполнения и являющихся следствием других причин) не подлежат судебно-медицинской оценке тяжести вреда здоровью.

- В соответствие с существующими нормативно-правовыми документами рекомендуется оценивать тяжесть вреда здоровью, возникшего при оказании медицинской помощи, только если возникшие осложнения явились причиной (прямым следствием) допущенных дефектов врачебных вмешательств, а не других причин, т.е. при установлении прямой причинно-следственной связи между допущенным ДОМП и осложнением неблагоприятным исходом.

Пример несвоевременной и неполной диагностики

Вероятность ошибочной диагностики патологического состояния зависит не столько от тяжести состояния больных, сколько от полноты и своевременности выполнения диагностических мероприятий и специализированного лечения, приводим его подробное описание.

Больной 59 лет с жалобами на интенсивные боли в правой половине грудной клетки в поликлинике был осмотрен хирургом. На основании данных только осмотра выявлены ушиб грудной клетки и перелом 10-го ребра. Рекомендовано лечение на дому. Спустя 3 дня машиной скорой помощи пациент в состоянии средней тяжести с жалобами на интенсивные боли в грудной клетке справа, резко затрудненный кашель и одышку был доставлен в стационар. После осмотра хирургом и терапевтом (без рентгенологического исследования) пациента с диагнозом: «...Внегоспитальная правосторонняя нижнедолевая пневмония посттравматического генеза...» госпитализировали в терапевтическое отделение.

Пример несвоевременной и неполной диагностики

Медикаментозное лечение осуществлялось инъекциями антибиотика, анальгина, кеторола, эуфиллина и дексаметазона. В течение трех дней пребывания в терапевтическом отделении на фоне усиления болей и нарастания одышки отмечено «увеличение размеров шеи и грудной клетки» за счет подкожной эмфиземы. На основании этих симптомов и результатов рентгенографии органов грудной клетки хирургом поставлен диагноз: «...Тупая травма грудной клетки справа. Переломы ребер справа. Ушиб правого легкого. Подкожная эмфизема. Пневмоторакс справа.

Правосторонняя нижнедолевая пневмония...» и больной переведен в хирургическое отделение, где по поводу правостороннего напряженного пневмоторакса по задней подмышечной линии в 8-ом межреберье произведена пункция правой плевральной полости и эвакуировано 500 мл воздуха. Больной в течение недели пребывания в хирургическом отделении получал ранее назначенное лечение (нестероидные анальгетики, эуфиллин и дексаметазон). Однако по прошествии 7 дней состояние вновь резко ухудшилось. Наросла подкожная эмфизема, усилились боли в грудной клетке и одышка.

Пример несвоевременной и неполной диагностики

В связи с повторным развитием массивного напряженного пневмоторакса правая плевральная полость дренирована по Бюлау. Для эвакуации воздуха дренаж введен по задней подмышечной линии на уровне 8-го межреберья. На следующий день (8-е сутки госпитализации) больной отметил появление в эпигастрии сильных болей и неоднократную рвоту кофейной гущей. Диагностировано желудочное кровотечение.

В течение 3 суток со времени обнаружения кровотечения проводилась «гемостатическая терапия» и переливание препаратов крови (эритромаасса и свежезамороженная плазма) и на 4-е сутки, ввиду неэффективности консервативного лечения желудочного кровотечения, была выполнена «гастротомия с ушиванием кровоточащих язв желудка». Однако обеспечить эффективный хирургический гемостаз не удалось. Спустя 5 суток после операции или 19 суток с момента госпитализации была констатирована смерть больного, причиной которой явилось желудочное кровотечение.

Пример несвоевременной и неполной диагностики

▣ Приведенный клинический пример является наглядной иллюстрацией оказания несвоевременной и некачественной медицинской помощи, по всем параметрам не соответствующей современным стандартам. На это указывают не только неправильная диагностика локализации и тяжести повреждений в поликлинике и стационаре, но и грубые дефекты, отмеченные на всех этапах оказания медицинской помощи:

- недооценка тяжести состояния и решение об амбулаторном лечении, а точнее – о не проведении такового после первичного обращения пациента;

▣ - диагностика множественных переломов 6-8 ребер справа с трехдневной задержкой;

▣ - неоднократное несвоевременное применение рентгенографии и некачественная оценка получаемых данных;

▣ - проведение неэффективной антибактериальной терапии, что послужило причиной развития двухсторонней нижнедолевой гнойной пневмонии;



Пример несвоевременной и неполной диагностики

- ▣ - проведение неадекватного обезболивания одновременно двумя нестероидными анальгетиками;
 - длительная задержка с выполнением дренирования плевральной полости и невыполнение хирургического лечения разрыва легкого (поступление воздуха в плевральную полость более 10 суток);
 - введение дренажа в плевральную полость не во 2-ом межреберье по среднеключичной линии, а в 8-ом межреберье;
- ▣ - использование в течение всего срока пребывания больного в стационаре массивных доз препаратов с выраженным ульцерогенным действием (кеторола, дексаметазона, эуфиллина) без одновременного назначения блокаторов протонной помпы и антагонистов H₂-гистаминовых рецепторов.
- ▣ Кроме того, с большим опозданием и без проведения фиброгастродуоденоскопии был поставлен диагноз «желудочно-кишечное кровотечение» и произведено неэффективное хирургическое вмешательство.

Причины анестезиологической МС во время и после кесарева сечения

- вентиляционная гипоксия, обусловленная в двух наблюдениях «трудной интубацией трахеи» У обеих пациенток на этапе вводного наркоза многократные попытки интубации трахеи сопровождались гипоксической остановкой кровообращения. И хотя реанимационные мероприятия способствовали восстановлению кровообращения, в постреанимационном периоде у них регистрировали смерть мозга и прогрессирующую полиорганную недостаточность (ПОН). Обе пациентки умерли по прошествии, соответственно, двух и пяти месяцев.

-гипоксическая остановка кровообращения с неэффективными реанимационными мероприятиями развилась вследствие не диагностированных напряженного пневмоторакса и пневмомедиастинума из-за разрыва интубационной трубкой одного из главных бронхов. Быстро прогрессирующая дыхательная недостаточность на почве напряженного пневмоторакса и пневмомедиастинума анестезиологами была ошибочно расценена как проявление бронхоспазма. В соответствии этим проводилась интенсивная терапия бронхиальной обструкции вплоть до наступления летального исхода.

не диагностированный разрыв пищевода при интубации, медиастенит, сепсис распознаны на 3 сутки в терминальной стадии.

Таблица 1.

Причины материнской смертности, связанные с дефектами анестезиологического обеспечения рожениц.

Способ родоразрешения	Анестезиологические процедуры и манипуляции	Осложнения	Причина смерти
Кесарево сечение (n= 5)	Вводный наркоз. Длительная интубация трахеи.	Клиническая смерть на вводном наркозе.	Полиорганная недостаточность на почве постреанимационной болезни
	Вводный наркоз. Длительная интубация трахеи.	Клиническая смерть на вводном наркозе.	Полиорганная недостаточность на почве постреанимационной болезни
	Вводный наркоз. Многократные попытки интубации трахеи.	Не диагностированные разрыв главного правого бронха, напряженный правосторонний пневмоторакс и пневмомедиастинум.	Гипоксическая остановка кровообращения. Смерть на операционном столе.
	Передозировка обезболивающих и гипотензивных средств.	Аспирация желудочного содержимого.	Респираторный дистресс-синдром. Абсцедирующая пневмония. Сепсис.
	Вводный наркоз. Неоднократные попытки интубации трахеи.	Не диагностированный разрыв пищевода.	Гнойный медиастенит и эмпиема плевры. Напряженный пневмоторакс. Сепсис.

Таблица 2.

Причины интранатальной и ранней неонатальной смертности, обусловленные дефектами анестезиологического обеспечения.

Способ родоразрешения	Анестезиологические процедуры, проводившиеся с осложнениями	Осложнения	Причины интра-постнатальной летальности
Кесарево сечение (n=4)	Вводный наркоз. Длительная интубация трахеи.	Клиническая смерть матери на вводном наркозе.	Длительная гипоксия плода. Интранатальная смерть плода.
	Вводный наркоз. Длительная интубация трахеи.	Клиническая смерть матери на вводном наркозе.	Длительная гипоксия плода. Смерть новорожденного через 1 час после рождения.
	Обезболивание первого периода родов. Передозировка гипотензивных средств. Интубация трахеи.	Судорожный синдром. Аспирация желудочного содержимого. Материнская гипоксия.	Длительная гипоксия плода. Смерть новорожденного через 10 часа после рождения.
	Запоздалый перевод на ИВЛ в связи с тяжелой ОДН.	Материнская гипоксия	Длительная гипоксия плода. Смерть новорожденного через 1 час 40 мин. после рождения.

ПРИЧИНЫ «ЯТРОГЕННОГО» СЕПСИСА.

Характер осложнений	Количество случаев
Осложнения анестезиологических манипуляций:	
Разрывы глотки, трахеи и пищевода во время интубации трахеи.	4
Массивная аспирация желудочного содержимого.	3
Бронхолегочная инфекция и пролежни мягких тканей, развившиеся в постреанимационном периоде.	2
«Катетерный» сепсис.	1
Повреждение поясничных сегментов спинного мозга при проведении спинальной анестезии.	1
Осложнения хирургических вмешательств:	
Несостоятельность швов межкишечных анастомозов.	2
Инфицирование массивной забрюшинной гематомы после протезирования брюшной аорты.	1
Инфицированный панкреонекроз после РХПГ.	1
Интраоперационная перфорация прямой кишки.	1
Флегмона (несостоятельность) культи толстой кишки.	1
Осложнения акушерско-гинекологических вмешательств:	
Синдром гиперстимуляции яичников.	1
Неушитый дефект стенки матки.	1
Осложнения травматологических манипуляций:	
Неправильное наложение гипсовой повязки.	1

Роль дмп в возникновении одн

- ▣ а) недостаточное знание врачами клинических и лабораторных признаков ОДН;
- ▣ б) низкий уровень практического освоения лечебно-диагностических процедур и манипуляций – интубации трахеи, использования аппаратной вентиляции легких, диагностических плевральных пункций, трахеостомии, дренирования кишечника;
- ▣ в) несоблюдение алгоритмов диагностики и лечения ОДН;
- ▣ г) недостаточный контроль руководства лечебных учреждений и главных специалистов городских и районных комитетов здравоохранения за качеством оказываемой медицинской помощи.

О причинах конфликтов

«90% конфликтов между пациентами и врачами возникает из-за нежелания или неумения врача разговаривать с пациентом, объяснять ему что-либо, извиняться за свои ошибки. Пациент, который что-то не понял, отнимет у врача в несколько раз больше времени и нервов, а у государства ресурсов...если выживет...Нет иного пути, как договоренность пациента с врачом о том, как и что лечить, для достижения единой цели — выздоровление...Это есть партнерская модель отношений»

(Саверский А.В., председатель общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре).

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!