

## **СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ О КАЧЕСТВЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ВЫПОЛНЕННЫХ ЭКСПЕРТИЗ**

Статья посвящена актуальной проблеме судебно-медицинской экспертизы врачебной деятельности. Проанализировано 374 экспертных заключения по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников. Полученные данные свидетельствуют о том, что в значительной части случаев (более 36%) неблагоприятный исход заболеваний и травм в той или иной степени связан с дефектами в диагностике и лечении.

**Ключевые слова:** экспертиза, профессиональные правонарушения, правовая оценка, экспертные комиссии.

The article considers an actual problem of forensic expertise of medical practice. 374 expert conclusions on legal offences among medical professionals have been analysed. The analysis shows that quite considerable part (about 36%) of all disease and trauma negative results is caused by wrong diagnosis and treatment/ Key words: expertise, professional offences of law, judicial estimation, expert commission.

В оценке качества медицинской помощи населению республики определенное значение имеют судебно-медицинские экспертизы по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников, или, так называемые, «врачебные» экспертизы. Их доля в структуре выполненных судебно-медицинских экспертных исследований достаточно велика и составляет от 29% в 1997 году до 40% в 1999 году (всего в 1997-2001гг. выполнено 374 таких экспертизы). Рост количества «врачебных» дел не является прямым свидетельством снижения качества медицинской помощи, хотя экономические трудности значительно осложнили деятельность учреждений здравоохранения. В большей степени этот рост обусловлен возрастающей юридической и медицинской грамотностью населения, о чем можно судить хотя бы по содержанию жалоб и заявлений, которые послужили поводом для проведения прокурорской проверки или для возбуждения уголовного дела, а также по растущему количеству гражданских исков к лечебным учреждениям.

Экспертизы по «врачебным» делам являются, пожалуй, сложнейшим видом экспертных исследований, даже не столько в техническом (хотя и это немаловажно), сколько в морально-этическом плане. Ведь оценке подлежат действия, которые должны были принести больному облегчение и выздоровление, а повлекли, по тем или иным причинам, страдания и смерть. Экспертная комиссия должна объяснить следователю или суду смысл тех или иных действий лечащего врача, оценить результаты проведенных исследований и манипуляций, выявить объективные и субъективные причины недостатков в ходе лечебно-диагностического процесса, помочь правильно квалифицировать происшедшее. В каждом случае необходимо выяснить, что послужило причиной неблагоприятного исхода заболевания или травмы: объективно обусловленное заблуждение медицинского работника, несчастный случай или же недобросовестное отношение к своим обязанностям. И хотя юридическая оценка в каждом случае дается следователем, основой для нее служит должным образом мотивированное мнение компетентной экспертной

комиссии. Это мнение формируется в результате досконального анализа всех материалов, изучения большого объема специальной литературы, выполнения целого ряда исследований с использованием самых современных методик и оборудования, участия в работе экспертных комиссий ведущих специалистов в соответствующих областях медицины.

Экспертизы по «врачебным» делам проводятся только в отделе сложных экспертиз Главного управления Государственной службы медицинских судебных экспертиз, что дает возможность в полной мере использовать научный и технический потенциал БГМУ, БелМАПО, НИИ Министерства здравоохранения, специализированных отделений крупных клиник. Кроме того, такое положение позволяет уменьшить возможность субъективного влияния на экспертные выводы, ибо в составе экспертной комиссии областного управления службы с большей вероятностью могут оказаться специалисты, так или иначе заинтересованные в исходе дела. Следует также отметить, что развитие медицинской науки определило существование разных научных школ, взгляды которых на ту или иную проблему различаются порой довольно значительно. В связи с этим, одной из важнейших задач судебных медиков при проведении «врачебной» экспертизы является изучение мнения представителей каждой научной школы по конкретному вопросу, устранение возможных разногласий, максимальная объективизация экспертного заключения. И в этом, конечно, Главное управление службы располагает большими возможностями.

Наибольшее количество «врачебных дел» касалось деятельности врачей-хирургов всех профилей, акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, врачей и фельдшеров станций скорой медицинской помощи. Это и понятно, ведь врачам именно этих специальностей чаще приходится встречаться с неотложными состояниями, требующими безотлагательного принятия решений, выполнения экстренных оперативных вмешательств, то есть работать в условиях, где вероятность диагностической или технической ошибки наиболее высока, а сама патология характеризуется высоким риском развития осложнений и неблагоприятных исходов. Реже претензии предъявлялись врачам-терапевтам, педиатрам, стоматологам, инфекционистам. Появление в этом перечне врача-косметолога вначале расценивалось как казуистика, однако, в последние годы и к врачам этой специальности был предъявлен ряд серьезных претензий.

Что касается уровня лечебно-профилактических учреждений, в которых оказывалась медицинская помощь в исследованных нами случаях, то преобладают здесь стационары районных и городских ТМО, а также областные и городские больницы, то есть учреждения, оказывающие медицинскую помощь большей части больных. За ними следуют станции скорой медицинской помощи, поликлиники, в том числе детские и стоматологические, женские консультации, ведомственные (МПС, МО, МВД) и негосударственные лечебно-профилактические учреждения. Здесь не приводятся конкретных цифр, так как во многих случаях медицинская помощь одному больному оказывалась врачами разных специальностей в нескольких лечебных учреждениях, что затрудняет точный подсчет.

По смыслу выводов, к которым пришли экспертные комиссии, все проведенные экспертизы можно условно разделить на шесть групп.

Первая группа - самая малочисленная (менее 5%). Это случаи, когда лечебно-диагностические мероприятия проводились правильно, а неблагоприятный исход был обусловлен возникновением непредвиденных осложнений. В качестве примеров

можно привести развитие анафилактического шока на введение новокаина при местной анестезии или внутримозговое кровоизлияние у больного, лечившегося по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. В этих случаях, несмотря на трагический исход, упрекнуть медицинских работников не в чем.

Вторая группа также невелика (менее 6%). В нее вошли случаи, когда неблагоприятный исход, наоборот, напрямую обусловлен действиями медицинского персонала. Например, перевязка мочеточников в ходе гинекологической операции или инъекция раствора аммиака вместо местного анестетика в стоматологической практике. Подробнее следует остановиться на случае, в свое время вызвавшем бурные дискуссии среди онкологов. Молодой человек, ранее неоднократно лечившийся по поводу хронического холецистопанкреатита, обследовался в связи с подозрением на онкологическую патологию. При обследовании было выявлено объемное образование в области фатерова соска и установлен диагноз «Рак фатерова соска». Выполнена радикальная операция - панкреатодуоденальная резекция. Несмотря на наличие воспалительного процесса в желчном пузыре, сформирован холецистоеюноанастомоз. На следующий день у больного было отмечено шестикратное повышение уровня билирубина в крови, а еще через несколько дней уровень билирубина превышал норму в 21 раз. В дневниковых записях изо дня в день фиксировалась выраженная желтуха, однако, повторная операция, при которой диагностирована непроходимость холецистоеюноанастомоза, была выполнена только через три недели (!) после первой операции. В это время больной уже находился в тяжелейшем состоянии и через сутки скончался. Гистологического подтверждения диагноза опухоли ни в ходе предоперационного обследования, ни при исследовании биопсийного материала не получено, а выявлявшееся при ультразвуковом и рентгенологическом исследованиях объемное образование оказалось кистой.

К третьей группе, а это около 9%, отнесены те экспертизы, при проведении которых комиссии не смогли дать исчерпывающие ответы на поставленные вопросы. Это обусловлено разными причинами.

Во-первых, утратой документов. Например, качество диагностических и лечебных мероприятий, выполненных в поликлинике, комиссия смогла оценить, а в стационаре - нет, так как история болезни утеряна.

Во-вторых, недостаточной информативностью представленных документов. Например, при экстракции больного зуба был поврежден соседний зуб и разрушена межальвеолярная перегородка, однако, записи стоматолога о каких-либо трудностях или осложнениях при этой операции в карте нет, а дентальные рентгенограммы, выполненные до и после операции, не сохранились.

В-третьих, объективной невозможностью решить конкретный вопрос. Например, мальчик 1985 года рождения на протяжении всей жизни часто болел, девять раз лечился стационарно и почти постоянно - амбулаторно. При этом ему переливалась кровь и ее препараты, выполнялась масса различных инъекций. В 1998 году у него в крови обнаружены маркеры вирусного гепатита С. Тестирование донорской крови на маркеры вирусного гепатита С в республике проводится только с 1994 года. Вполне понятно, что установить время, место и источник заражения сейчас уже невозможно.

Здесь же следует упомянуть о некоторых аспектах деятельности негосударственных медицинских учреждений. Дело в том, что многие из них почти не ведут медицинской документации, скажем, общепринятых карт амбулаторных больных. И, когда ставится вопрос о качестве их работы, оценивать оказывается

нечего. Например, у мужчины, обратившегося в косметологический салон, после введения в пальцы кисти новокаина на физрастворе (со слов врача) развилась местная реакция, напоминающая феномен Артюса (со слов больного), с последующим некрозом мягких тканей и костей. Проверить правильность действий врача невозможно, ибо они никак не документировались. Видимо, при выдаче лицензий на занятие медицинской деятельностью, следует обязывать такие учреждения вести полноценную медицинскую документацию, так как увеличение объема платных медицинских услуг безусловно сказывается на количестве претензий к их качеству и, соответственно, на количестве судебно-медицинских экспертиз.

Четвертую группу (14%) составили случаи, когда жалобы и заявления граждан о некачественном оказании им или их близким медицинской помощи были, мягко говоря, недостаточно обоснованными. Например, жалоба на скол одной из коронок зубного протеза, установленного пять лет назад, тогда как срок гарантии на такой протез составляет один год. Есть в этой группе и более сложные случаи, когда, например, человек, страдающий гипертонической болезнью и атеросклерозом мозговых артерий, заявил, что ему своевременно не была выполнена операция по устранению перегиба правой общей сонной артерии, из-за чего у него развился ишемический инсульт. Комиссия должна была объяснить, что и патологическая извитость общей сонной артерии и ишемический инсульт в равной мере являются следствием имеющейся сосудистой патологии, а не обуславливают друг друга.

Пятая группа значительно больше остальных (28%). Эту группу составили случаи, когда тяжесть патологии, несмотря на своевременные и правильные действия медицинских работников, привела к неблагоприятному исходу. Например, трехлетний мальчик дома опрокинул на себя кастрюлю с кипятком, в тяжелом состоянии в максимально короткое время был доставлен в БСМП, но спасти ребенка не удалось, несмотря на все усилия врачей.

Шестая группа, к сожалению, самая большая (более 30%). К ней отнесены случаи, когда к тяжести основного заболевания или травмы добавились неадекватные действия медицинских работников самых разных специальностей, работающих в самых разных медицинских учреждениях, от фельдшерско-акушерского пункта до крупной клиники. Причинами ошибок в подавляющем большинстве случаев явились дефекты диагностики, обусловившие назначение неадекватного лечения. Например, женщина 53 лет 1 января доставлена «скорой помощью» в стационар РТМО с жалобами на боль в пояснице, госпитализирована с диагнозом «вертеброгенная люмбалгия», лечение назначено в соответствии с диагнозом. Дневниковых записей в истории болезни нет, элементарное обследование, в том числе термометрия тела, не проведено. 3 января больная скончалась от сепсиса в форме септикопиемии. Правда, подобные случаи все же редки. Гораздо чаще диагностические ошибки были обусловлены неверной трактовкой результатов обследования. Так, подросток, травмированный при падении, госпитализирован в стационар ГТМО с диагнозом «ЗЧМТ, сотрясение головного мозга», установленным на основании анамнеза и объективных данных. На срочно выполненных «мокрых» краниограммах костной патологии не выявлено. Через семь часов больной скончался вследствие сдавления головного мозга эпидуральной гематомой. При ретроспективном изучении высохших к тому времени краниограмм обнаружен линейный перелом затылочной кости.

Кроме того, в части случаев при правильно установленном диагнозе допущены ошибки при проведении лечебных мероприятий. Например, у больного перелом плеча

после металлоостеосинтеза осложнился гнойным остеомиелитом. Развитие параоссальной флегмоны привело к нарушению нормальных анатомических соотношений и в ходе операции опорожнения и дренирования флегмоны был пересечен лучевой нерв, что привело к парезу кисти.

Говоря о качестве медицинской помощи, нельзя не остановиться на качестве ведения медицинской документации, которое, на сегодняшний день, оставляет желать лучшего. Краткие, малоинформативные записи серьезно затрудняют оценку состояния больного, не позволяют определить направление мысли врача, подтвердить обоснованность тех или иных его действий, без чего невозможна их правильная юридическая оценка. Пресловутый «врачебный почерк» порой вынуждает нас возвращать медицинские документы в лечебное учреждение, чтобы получить «расшифровку» записей, пригодную для прочтения. Пренебрежение правилами оформления медицинской документации свидетельствует о небрежности врачебной мысли, которая, в свою очередь, ведет к нарушению алгоритма лечебно-диагностического процесса.

Иногда при анализе медицинских документов в ходе производства экспертиз обнаруживаются факты их фальсификации. В большинстве случаев не соответствующие действительности, а также оформленные «задним числом» записи выявляются без особого труда и не принимаются во внимание.

Так, например, из истории болезни следует, что женщина 55 лет, доставленная машиной «скорой помощи» в приемное отделение областной больницы, осмотрена двумя врачами, выполнены тонометрия, аускультация сердца и легких, пальпация живота, патологии при этом не выявлено. Через 1 час после поступления при проведении санобработки у больной наступила остановка сердца. В комплексе реанимационных мероприятий применялась электроимпульсная терапия. При судебно-медицинской экспертизе, на которую труп поступил полностью одетым (в том числе, в застегнутом пальто), обнаружено 15 (!) колото-резаных ранений грудной клетки и живота и не обнаружено весьма характерных следов действия дефибриллятора.

Фальсификация медицинских документов лишает экспертные комиссии возможности оценить действия врача и, во многих случаях, защитить его от необоснованных обвинений. Кроме того, обнаружение «липовых» записей, как правило, вызывает у следователя вполне объяснимое недоверие к сделавшему их врачу.

Материалы проведенных «врачебных» экспертиз после обязательного обезличивания (удаления из текста фамилий больных и врачей, наименований населенных пунктов и лечебных учреждений) нередко используются в учебном процессе преподавателями кафедр БГМУ и БелМАПО, так как многие из них постоянно привлекаются для работы в составе экспертных комиссий. Использование реальных клинических ситуаций в качестве наглядных примеров способствует лучшему усвоению не только изучаемых вопросов, но и юридических аспектов врачебной деятельности.

Разумеется, этот краткий обзор сам по себе не может дать полного представления о качестве медицинской помощи населению республики, он является только небольшой, но необходимой частью этого представления. Судебно-медицинские эксперты вносят и впредь будут вносить свой посильный вклад в улучшение качества медицинской помощи и помогать сотрудникам правоохранительных органов

правильно квалифицировать действия медиков. Хочется пожелать сотрудникам и лечебно-профилактических учреждений, и службы медицинских судебных экспертиз, чтобы профессиональные правонарушения медицинских работников и, соответственно, экспертизы по таким делам становились все большей и большей редкостью.