

7. Bacchetta C.A. // *Am. J. Surg.* — 1975. — Vol. 130, No. 1. — P. 63–67.
8. Brand K.A. // *Chirurgia.* — 1995. — Vol. 66, No. 4. — P. 243–250.
9. Breie A. // *Scand. J. Plast. Surg.* — 1979. — Vol. 13. — P. 107–109.
10. Cruse P., Foord R. // *Arch. Surg.* — 1973. — Vol. 10. — P. 1207–1206.
11. Ericsson C.D., Rowlands B. et al. // *Interscience Conference on Antimicrobial Agents of Chemotherapy: abstracts.* — Minneapolis, 1985. — P. 491.
12. Gilbert D., Bull N.Y. // *Acad. Sci.* — 1984. — Vol. 60. — P. 340–357.
13. Kanter M.A., Geelhold D.W. // *S. Med. J.* — 1987. — Vol. 80, No. 8. — P. 1007–1025.
14. Nichols R.L. // *Rev. Infect. Dis.* — 1984. — No. 6, Suppl. 1. — P. 276–282.
15. Platt R. // *Rev. Infect. Dis.* — 1984. — No. 6, Suppl. 4. — P. 880–886.

Поступила в редакцию 30.04.2007.

THE COMPLEX APPROACHES TO PROPHYLAXIS OF SEPTIC COMPLICATIONS IN SEVERE BURN PATIENTS
A.N. Gorsheev, T.N. Obydennikova, V.V. Usov, O.P. Benkovskaya
Far-Eastern Regional Medical Center (Vladivostok), Vladivostok State Medical University

Summary — Structure and spectrum of hospital micro flora in burn wounds were investigated. In Prymorsky Regional Burn Department we have determined resistance of microorganisms to antibacterial drugs that have allowed carrying out rational antibiotic therapy and antibiotic prophylaxis of septic complications in burn patients. The choice of an antibiotic depends on the patient condition and the presence of prognostic attributes of development of septic complications. The study has proved, that rational antibiotic therapy allows considerably reducing number of probability of development complications, to increase quality of treatment of the patients.

Pacific Medical Journal, 2007, No. 4, p. 62–64.

УДК 614.253.83

О.А. Дмитриева, В.Д. Шевцов, Д.В. Гончаренко,
Е.А. Юртаева

ПРОБЛЕМА ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ В УРГЕНТНОЙ СИТУАЦИИ

Приморское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы (г. Владивосток),
Приморская краевая клиническая больница № 1
(г. Владивосток)

Ключевые слова: дефект оказания медицинской помощи, врачебная ошибка, судебно-медицинская экспертиза.

Основной целью совершенствования здравоохранения является создание такой системы, которая обеспечивала бы доступность и государственные гарантии качественной, то есть надлежащей медицинской помощи населению на основе эффективного стратегического планирования, кадровой, медико-технической и информационной политики. Законодательное введение правовой категории «медицинская услуга» применительно к содержанию медицинской деятельности вызвало неприятие врачей. И тем не менее медицинская услуга представляет собой разновидность профессиональных услуг, которые требуют от исполнителя высокой квалификации. Медицина имеет дело с состоянием здоровья человека, для поддержания, восстановления и укрепления которого осуществляется специальная деятельность, включающая в себя инвазивные и неинвазивные способы воздействия на организм.

Необходимо различать врачебную ответственность, основанную на особенностях деятельности врача, врачебную ошибку (неблагоприятный исход врачебного вмешательства или лечения, когда вступают в силу случайные обстоятельства, которые врач не смог предвидеть и предотвратить), а также

дефект медицинской помощи. Очевидно, что дефект оказания медицинской помощи (ДМП) и врачебная ошибка — понятия неравнозначные. Но ни у медицинского сообщества, ни у судебно-правовых органов нет единого разграничения этих понятий [2], поэтому медико-правовая оценка здесь невозможна без унифицированных и объективных критериев анализа и общности понимания терминов. Приняв как наиболее удачную классификацию И.В. Тимофеева [10], считаем, что врачебную ошибку следует рассматривать как один из видов ДМП, который стоит особняком от остальных, и правильное понимание сущности врачебной ошибки в условиях «потребительского экстремизма» по отношению к медицинской услуге необходимо как медицинскому, так и правовому сообществу [5]. В.И. Тимофеев выделил следующие виды ДМП: а) по наличию или отсутствию связи с личностно-психологическими качествами медицинского персонала (объективные и необъективные); б) в зависимости от периода лечения (дефекты достационарного и стационарного периодов); в) по характеру дефектов (дефекты в оказании медицинской помощи, дефекты эвакуации, дефекты диагностики, дефекты лечения, дефекты медицинской документации и др.).

Н.И. Пирогов в 1837 г. писал, что «всякий добросовестный врач, преподаватель, должен стремиться обнародовать свои ошибки, чтобы предостеречь от них других. Я хочу... правдивого и открытого признания в своих ошибках, дабы избавить всех от повторения» [9]. Современный подход в этом вопросе большинства авторов сводится к работе И.В. Давыдовского «Врачебные ошибки», где ошибки понимаются как добросовестное заблуждение (при исключении умысла, неосторожности, недобросовестности) на основе несовершенства современного состояния медицинской науки и ее методов, вызванное либо особенностями течения заболевания, либо недостатком знаний и опыта [3].

За пять лет (2002–2006 гг.) в ГУЗ «Приморское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы» была произведена 301 комиссия судебно-медицинская экспертиза о ненадлежащем исполнении медицинскими работниками своих должностных обязанностей, когда экспертная комиссия должна была определить причину неблагоприятного исхода: дефект оказания медицинской помощи, несчастный случай, врачебная ошибка или медицинский деликт.

В связи с изменившимися социально-экономическими условиями и возросшей правовой грамотностью населения изменились и поводы для назначения судебно-медицинских экспертиз, в том числе и в связи с ДМП. Если в предыдущее пятилетие более половины (51,4%) всех экспертиз по поводу ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих должностных обязанностей было назначено следователями прокуратуры [11], то в указанное пятилетие прокуратурой было назначено только 33,3% экспертиз, остальные – судом (38,9%) и РОВД (27,8%). Значительно возросло число экспертиз в рамках гражданского делопроизводства (с 16,2 до 38,9%), что привнесло некоторую сумятицу в работу администраций отдельных учреждений здравоохранения в связи с тем, что гражданское судопроизводство имеет некоторые отличия от уголовного. Лечебному учреждению здесь самому приходится доказывать свою невиновность (правильность обследования, лечения и т.п.), а не ждать, когда вина (невиновность) будет доказана судебно-следственными органами. Кроме того, лечебное учреждение вынуждено и само оплачивать судебно-медицинскую экспертизу и другие судебные издержки, так как никакие другие ведомственные расследования суды обычно не принимают во внимание.

Согласно существующему порядку взаимодействия лечебно-профилактических учреждений с МВД и другими правоохранительными органами¹ проводится проверка фактов нарушения норм и правил врачебной деятельности по требованию прокуратуры². В случаях нарушения медработниками порядка оказания медицинской помощи населению, а также в случаях, когда они повлекли смерть больного или иные тяжкие последствия, назначается комиссия из высококвалифицированных специалистов с целью проверки организации и качества оказания медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.

При установлении упущений и неприятия всех мер по своевременному и полному оказанию медицинской помощи органы здравоохранения принимают организационные или профилактические меры, привлекают медперсонал к дисциплинарной ответственности, а материалы (не позднее 3 дней) направляются в прокуратуру района по месту расположения лечебного учреждения. В этих случаях, а также когда вра-

чебную ошибку затруднительно дифференцировать от правонарушения в виде неосторожного виновного деяния (медицинский деликт), установление факта причинения вреда здоровью, степени его тяжести, причинной связи с конкретными обстоятельствами, всегда назначается комиссия или комплексная судебно-медицинская экспертиза.

В Приморском крае, как и в России в целом, чаще всего (26,9%) проводятся экспертизы в отношении акушеров-гинекологов (гинекология – 33,3%; акушерство – 45,7%, перинатология – 17,3%, неонатология 3,7%), хирургов (20,6%) и сотрудников скорой медицинской помощи (10,9%). Безусловно, это связано с тем, что данные специалисты постоянно работают в условиях неотложной помощи и профессионального риска. Однако рискованное поведение медицинского работника должно быть обоснованным, ибо риск в таких областях, как медицина, фармация, генетика, экология, может причинить вред здоровью и даже вызвать смерть человека [1]. Даже профилактические мероприятия, например вакцинация, могут сопровождаться серьезными осложнениями. Особенно остро проблема риска в медицинской практике стоит в тех случаях, когда исход лечения оказывается неблагоприятным и становится поводом для судебного расследования, а действия врача получают судебно-медицинскую и юридическую оценку [8].

Поводами для назначения экспертиз на собственном материале, помимо смертельных исходов, были недовольство родственников, а также самих пациентов лечением или отношением медицинского персонала, недостаточное медикаментозное обеспечение, вымогательство взяток и т.п. (хотя в 45,7% экспертиз не было отмечено дефектов при оказании медицинской помощи).

По данным Бюро судебно-медицинской экспертизы, возникновение ошибок при акушерско-гинекологических инвазивных вмешательствах было связано со следующими причинами: 1) особенности течения заболевания, атипичное расположение органов, индивидуальные особенности (37,5%); 2) недостаточная квалификация медицинских работников (33,4%); 3) организационно-тактические и диагностические трудности (10,4%); 4) объективные трудности оказания лечебной помощи – отсутствие условий, несовершенство медицинских знаний и др. (10,4%); 5) недисциплинированность пациенток – позднее обращение за медицинской помощью, сокрытие факта инвазивного вмешательства и/или травмирующего фактора, невыполнение назначений врача и др. (4,2%); 6) деонтологические проблемы (4,1%).

Криминальный аборт нельзя назвать врачебной манипуляцией, тем не менее гинекологи нередко сталкиваются в своей работе с ошибками, связанными

¹ Определен совместным приказом № 48 Минздрава и МВД России от 09.01.1998 г.

² Изложено в письме № № 06-14/22 Минздрава СССР от 12.06.1987 г., согласованном с Генеральной прокуратурой СССР.

с диагностикой этого вида вмешательства. Из трех случаев криминальных аборт, в связи с которыми проводились судебно-медицинские экспертизы в отделе сложных экспертиз Бюро СМЭ за последние 5 лет, два закончились смертью от септических осложнений, один — экстирпацией матки по жизненным показаниям. Практически во всех этих случаях имело место позднее обращение за медицинской помощью и сокрытие факта беременности и аборта. Подобное поведение женщин приводило к возникновению объективных врачебных ошибок.

По нашим данным, возникновение ошибок при хирургических вмешательствах связано со следующими причинами: атипичное течение заболевания (13%), недостаточная квалификация врача (32%), поздняя госпитализация (18%), позднее обращение в поликлинику (24%), трудности диагностики (32%). Приводим примеры, иллюстрирующие объективные и субъективные причины врачебных ошибок в ургентной ситуации.

Пример 1. Гр-ка Л., 29 лет, доставлена машиной СМП в приемное отделение сельской ЦРБ с жалобами на слабость, мышечную боль, зуд кожи, потемнение мочи. Со слов женщины, заболевание началось три дня назад, остро, с появления тошноты и рвоты, на следующий день потемнела моча. Беременность отрицала, сообщила, что недавно у нее закончилась обильная менструация. При объективном осмотре состояние тяжелое за счет симптомов интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки с желтушным оттенком. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в мин. Тоны сердца приглушены, пульс 68 в мин, артериальное давление 60 и 30 мм рт. ст. Живот при пальпации безболезненный, край печени на 3,5 см выступал из-под реберной дуги. Моча темно-коричневого цвета. Стул кашицеобразный, желтого цвета, один раз в сут. Диагноз: «Вирусный гепатит А, типичный, тяжелый, острое течение». Назначено обследование и лечение в инфекционном отделении. После проведения анализов диагноз вирусного гепатита был снят. Состояние женщины оставалось тяжелым. При гинекологическом осмотре найдены умеренные кровянистые выделения из цервикального канала и увеличение тела матки до 10 недель беременности. Матка мягковатая, болезненная. Женщина дополнительно сообщила, что за несколько дней до поступления в стационар во внебольничных условиях ей был сделан аборт в сроке беременности 12–14 недель. По данным ультразвукового исследования — плацентарный полип. Больная переведена в гинекологическое отделение с диагнозом: «Внебольничный инфицированный неполный аборт в сроке 12–14 недель. Бактериальный шок. Септицемия: острый токсический гепатит, острый эндометрит, острый нефрит». При выскабливании полости матки удалены плотные остатки плодного яйца и сгустки черного цвета. Учитывая ухудшение состояния, развившуюся острую почечную недостаточность, по жизненным показаниям проведена операция — экстирпация матки с придатками. Послеоперационный период протекал гладко. В данном случае имел место ДМП — ошибка диагностики и, соответственно, несвоевременное назначение антибактериальной терапии, что не позволило врачам предотвратить развитие септического состояния. Поскольку эта врачебная ошибка

имела объективные причины (позднее обращение, сокрытие пациенткой внебольничного аборта, развитие патологического процесса на фоне острого токсического гепатита) экспертная комиссия не установила наличие прямой причинной связи между действиями врачей и развитием септического состояния, приведшим к потере женщиной детородных органов.

Пример 2. Гр-ка Д., 1954 г. р., была сбита легковым автомобилем, в связи с чем транспортирована бригадой СМП в городскую больницу. После осмотра нейрохирургом в приемном отделении ей был поставлен диагноз: «Ушиб головного мозга средней тяжести. Субарахноидальное кровоизлияние. Перелом передней черепной ямки, костей носа, правой скуловой кости. Ушибленные раны правого надбровья. Ссадины конечностей». Проведена первичная хирургическая обработка ран лица. В тот же день Д. была осмотрена зубным врачом, в последующем наблюдалась врачом-реаниматологом. Проведены ультразвуковое исследование брюшной полости и рентгенография грудной полости, шейного отдела позвоночника, черепа. Назначена интенсивная терапия. В брюшной полости не было обнаружено повреждений и свободной жидкости, в малом тазу найдены следы жидкости, однако это было расценено как результат множественных переломов костей таза. В последующие трое суток больная находилась под постоянным наблюдением медицинского персонала. В клинике ведущими были симптомы черепно-мозговой травмы (нарушение сознания, очаговые расстройства и т.д.). Согласно записям в медицинской документации, живот оставался мягким, доступным для пальпации во всех отделах, безболезненным, без вздутия. Перистальтика кишечника сохранялась. В связи с ухудшением состояния пациентка была переведена на искусственную вентиляцию легких, проведена трахеостомия. Через 4 суток описано появление вздутия живота, отсутствие перистальтики кишечника, однако живот при пальпации оставался мягким. На следующий день при ультразвуковом исследовании обнаружена свободная жидкость в брюшной полости. В этот же день была осмотрена хирургом, выполнен лапароскопический, получена желчь. Пациентка экстренно взята на операцию, в ходе которой был выявлен и ушит разрыв передней стенки двенадцатиперстной кишки. Смерть в раннем послеоперационном периоде. Согласно морфологическим данным, разрыв двенадцатиперстной кишки произошел незадолго (не более 6 часов) до оперативного вмешательства. Таким образом, у гр-ки Д. имелась тупая закрытая травма живота с повреждением двенадцатиперстной кишки по типу гематомы или контузии ее стенки, что подтверждено при исследовании трупа. При поступлении и первичном осмотре была допущена диагностическая ошибка, в последующем общее состояние больной ухудшалось за счет тяжести сочетанной травмы, что затрудняло диагностику разрыва двенадцатиперстной кишки. Экспертная комиссия пришла к выводу о том, что более ранняя диагностика тупой травмы живота у гр-ки Д. могла бы предотвратить смертельный исход, однако тяжесть остальных повреждений ускорила нарастание полиорганной недостаточности и наступление смерти. Повреждения двенадцатиперстной кишки является относительно редким видом травмы и характеризуется особой тяжестью. Большинство случаев подобных повреждений при поступлении в стационар остаются нераспознанными и диагностируются только на 2-е — 3-и сутки после травмы при развитии забрюшинной флегмоны. По данным различных

авторов, нет ни одного патогномичного симптома травмы двенадцатиперстной кишки, который позволил бы сразу судить о диагнозе на дооперационном этапе [7].

Определение причин возникновения ДМП вообще и врачебных ошибок в частности, а также их правильная медико-правовая оценка связаны с определенными трудностями. С одной стороны, отсутствуют необходимые правовые знания у медицинских работников, с другой — существуют объективные критерии правильности и полноты лечебно-диагностических процедур. Это связано с существованием широкого выбора как диагностических, так и лечебных мероприятий при одном и том же заболевании, не позволяющем создать жесткий алгоритм. Также следует упомянуть определенный субъективизм экспертов-консультантов, недостаточную полноту и всесторонность оценки юридически значимых фактов [4, 6].

Анализ врачебных ошибок должен идти параллельно с развитием медицинской науки и практики, так как врачебная деятельность во все времена не могла, не может и, по всей видимости, не сможет и в будущем избежать неудач в диагностике и лечении. Причин достаточно много: особенности больного человека и, соответственно, течения заболевания, влияние различных факторов окружающей среды, несовершенство медицинских знаний, недостаточная обеспеченность современной диагностической и лечебной медицинской аппаратурой, медикаментами, личные и деловые качества медицинских работников, элементы халатности, небрежности и многое другое.

Современный уровень развития медицины, несмотря на все имеющиеся достижения, остается несовершенным. Смерть после введения по показаниям терапевтических доз некоторых лекарственных веществ вследствие особого состояния или повышенной чувствительности организма, внезапная смерть на операционном столе от рефлекторной остановки сердца или дыхания, так называемая наркозная смерть — все это давно принято относить к несчастным случаям, обусловленным несовершенством медицины [2]. Однако на практике они могут быть следствием несовершенства медицинской техники, недостаточной оснащенности лечебных учреждений, могут зависеть от опыта врача и его умения ориентироваться в нестандартных ситуациях. В УК РФ впервые выделено невиновное причинение вреда. В отношении профессиональных преступлений, характеризующихся виной медицинских работников исключительно в форме неосторожности, это означает, что в отличие от небрежности случай характеризуется отсутствием либо объективного, либо субъективного критерия небрежности, либо их обоих. Поскольку важнейшим по данной категории дел является выяснение вида ДМП, вычленение врачебной ошибки из всех других видов ДМП с использованием всех возможностей для установления истины по делу, в том числе при оценке субъективной стороны совершенного деяния, они должны базироваться на

тщательном анализе субъективной стороны деяний с учетом норм института невиновного причинения вреда [6].

Таким образом, в настоящее время российский врач остается в невыгодном положении по сравнению с пациентом, по заявлению которого выяснением правильности оказания медицинской помощи могут заниматься различные инстанции (территориальные органы управления здравоохранением, страховая компания, прокуратура, суд, бюро судебно-медицинской экспертизы и др.). Такой подход к оценке профессиональной деятельности медицинских работников исключает возможность искреннего и добровольного признания врачами своих ошибок.

Литература

1. Акопов В.И. // Проблемы экспертизы в медицине. — 2001. — № 1 — С. 8—10.
2. Акопов В. И., Маслов Е.Н. *Право в медицине*. — М. : Медицина, 2002.
3. Давыдовский И.В. *Врачебные ошибки*. — М. : Советская медицина, 1941.
4. Дмитриева О.А., Федченко Т.М. *Проблемы гендерного насилия, акушерства и гинекологии в судебной медицине*. — Владивосток : Медицина ДВ, 2006.
5. Зиновьев Е.В., Зиновьева О.В. // *Заместитель главного врача*. — 2006. — № 6. — С. 28—33.
6. Ившин И.В. // *Судебно-медицинская экспертиза*. — 2005. — № 4. — С. 26—28.
7. Молитвословов А.Б., Ерамишанцев А.К., Макаров А.Э. и др. // *Хирургия*. — 2004. — № 8. — С. 46—50.
8. Пиголкин Ю.И. // *Судебно-медицинская экспертиза*. — 2004. — № 2. — С. 3—7.
9. Пирогов Н.И. *Анналы хирургического отделения клиники императорского Дерптского университета*. — М. : Медгиз, 1959.
10. Тимофеев И.В. *Патология лечения : руководство для врачей*. — СПб. : Северо-Запад, 1999.
11. Федченко Т.М., Кирдяпкина А.В. // *Тихоокеанский медицинский журнал*. — 2003. — № 1. — С. 79—80.

Поступила в редакцию 24.05.2007.

THE PROBLEM OF MEDICAL ERROR IN AN EMERGENCY

O.A. Dmitrieva, V.D. Shevtsov, D.V. Goncharenko, E.A. Yurtaeva
Primorsky Krai Bureau of Forensics, Primorsky Krai Regional
Clinical Hospital No.1 (Vladivostok)

Summary — The paper identifies definitions of adverse outcome of medical interventions which means fault in administering medical aid and medical error. The authors propose a new approach to assessing medical error that should not be deemed as wrong actions of medical staff. Having analyzed forensic medical examinations carried out in Primorsky Krai Regional Bureau of Forensics in 2002—2006 with regard to improper execution of medical staff's (obstetricians and gynecologists, surgeons and emergency medical personnel) duties, they set out the reasons for medical errors to occur during obstetric-gynecologic and surgery procedures. The paper provides examples of forensic assessment of urgent situations occurred during such procedures.

Pacific Medical Journal, 2007, No. 4, p. 64—67.