



## СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

**Отакулов Умирзок Байдулла угли  
Абдуллаев Шахбоз Абдусалимович**  
Самаркандский государственный медицинский  
университет, Самарканд, Узбекистан  
Самаркандский областной филиал  
Республиканского научно-практического  
центра судебно-медицинской экспертизы,  
Самарканд, Узбекистан

**Аннотация.** Проанализированы неблагоприятные исходы и дефекты оказания хирургической помощи на всех этапах ее оказания. Установлено, наиболее часто наблюдались дефекты хирургической помощи (57%). При этом преобладали дефекты диагностики (64,3%), в основном, в виде нераспознавания основной патологии (55,6%), а также в виде дефектов хирургического лечения (40%); которые возникали в основном из-за субъективных причин что составило (85,7%), в виде неполноценного обследования больного (75%). Установлено, что ДОМП на госпитальном этапе преобладают (92,8%) над дефектами догоспитального этапа (7,2%). В исходе большинство из них (71,4%) способствовали наступлению смерти.

**Ключевые слова:** дефекты оказания медицинской помощи, хирургия, комиссионные судебно-медицинские экспертизы.

### ВВЕДЕНИЕ

Профессиональная деятельность медицинских работников характеризуется высоким риском. С одной стороны, медицинские работники рискуют собственным здоровьем и жизнью, с другой – существует риск неблагоприятного исхода медицинской помощи для пациента [1].

Неблагоприятный исход медицинской помощи как наиболее частая причина обращения пациента (либо его родственников) с жалобой в правоохранительные органы может наблюдаться вследствие ятрогении, несчастных случаев в медицинской практике, врачебной ошибки и противоправных действий врача [6].

Экспертный разбор случаев по поводу ненадлежащего выполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей представляет довольно сложную задачу в связи с тем, что отсутствует комплексный подход к проведению различных видов экспертиз, единая общепринятая терминология в отношении наименований дефектов, существующая различная трактовка экспертами идентичных действий медицинского персонала [3].

В связи с этим требуется дальнейшее совершенствование эффективности анализа дефектов оказания медицинской помощи в конкретных группах, дифференцированных по отдельным медицинским специальностям [2, 4] и



нуждается в разработке вопрос определения тяжести вреда, причиненного здоровью пациента в результате ненадлежащего исполнения врачом своих профессиональных обязанностей [5].

### **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Анализ характера дефектов оказания хирургической помощи по материалам судебно-медицинских экспертиз, направленных на предупреждение возникновения осложнений и неблагоприятных исходов в хирургической практике.

### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Для достижения поставленной цели нами были проанализированы 36 комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам о ненадлежащем выполнении медицинским персоналом своих профессиональных обязанностей в лечебно-профилактических учреждениях Самаркандской области за 2016 год.

По всем случаям в масштабе Самаркандского областного бюро СМЭ проводились комиссионные судебно-медицинские экспертизы с участиями высококвалифицированных (профессоры, доценты) специалистов хирургов, травматологов, урологов и окулистов. Комиссионная экспертиза проводилась в соответствии критериям согласно правилам к приказу Минздрава РУз № 153, приложение № 8 от 01 июня 2012 года.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЯ**

Проведенный анализ показал, что из 36 заключений комиссионной экспертизы в 14 (38,9%) случаях проводились в отношении медицинских работников хирургического профиля.

Распределение экспертиз по характеру дефектов оказания медицинской помощи в соответствии со специальностями оказалось следующим. Лидирующее место занимают врачи-хирурги 8 (57,1%) случаев, второе место занимают травматологи и ЛОР-врачи по 2 (14,3%) случая. Значительная часть экспертиз также проводилась по случаям неблагоприятных исходов в практике окулистов-1 (7,2%) и урологов-1 (7,2%).

Установлено, что наибольшее количество отмеченных экспертными комиссиями дефектов было допущено на этапе оказания помощи в стационарах-13 случаев (92,8%). Максимальное число дефектов было у хирургов (57,1%), травматологов и ЛОР (15,4%), окулистов (7,2%) и урологов (7,2%). Также в 1 случае (7,2%) дефект был допущен на дому бригадой скорой медицинской помощи. При этом дефекты диагностики выявлены в 9 случаях (64,3%) которые проявлялись в следующем: нераспознавание основной



патологии-5случаев (37,5%), нераспознавание важной сопутствующей патологии и ееосложнения-2случая(14,4 %),а также нераспознанное осложнение основной патологии и поздняя диагностика по-1 случаю (7,2 %).

На этапе лечения ДОМП отмечалось в 5 случаях(35,4%), которые выражались в дефектах хирургического лечения-2 случая (40%), а также поздняя госпитализация, ошибки при назначении и проведении медицинских процедур, неправильное применение лекарственных средств по 1случаю(7,2%).Это часто приводило к ранним и (или) поздним осложнениям различной степени тяжести, которые влияли на исход заболевания. В свою очередь это также являлось поводом для исков со стороны родственников пациента к медицинским организациям.

Сложной остается проблема о соблюдении отраслевых стандартов и нарушениях должностных инструкций и применении на практике методических рекомендаций. Следственные и судебные органы довольно часто ставили перед экспертными комиссиями вопросы, касающиеся соблюдения врачами отраслевых стандартов, ведомственных инструкций и применения методических рекомендаций. По материалам комиссионных экспертиз не соблюдались отраслевые стандарты и нарушались должностные инструкции, что может считаться серьезными нарушениями медицинской деятельности.

При анализе причин возникновения выявлено, что в большинстве случаев-12 (85,7%) ДОМП допущены из-за субъективных причин, в частности, они выражаются в неполноценном обследовании больного-9 случаев (75%), недостаточной квалификации медицинского персонала-2случая (16,7%) и невнимательном отношении к больному-1 случай (8,3%).

Также отмечены объективные причины: в виде позднего обращения за медицинской помощью и в виде недостатковпри организации лечебно-диагностического процесса-по 1случаю (7,2%).

В ходе проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз не только устанавливались наличие и характер дефектов медицинской помощи, но и оценивалось их влияние на исход заболевания, патологического состояния или травмы.

В ходе изученных нами комиссионных судебно-медицинских экспертиз прямая причинно-следственная связь между дефектами оказания хирургической помощи и неблагоприятным исходом (смертью) имела место в 71,4% (10) наблюдений, в 3 случаях (21,4%) привели к удлинению срока лечения и в 1 случае (7,2%) наступлению инвалидности.



Степень тяжести вреда здоровью при наличии прямой причинно-следственной связи дефектов оказания медицинской помощи с неблагоприятным исходом определялась по определенным критериям согласно правилам к приказу Минздрава РУз №153, приложение №8 от 01 июня 2012 года.

Дефектами, которые способствовали наступлению смерти и привели к длительному расстройству здоровья, чаще были следующие: запоздалая диагностика, неадекватная терапия (как по объему, так и по составу вводимых препаратов), поздняя госпитализация больных, ранний перевод больных из отделения интенсивной терапии, а также недостаточный контроль и наблюдение за больными, приведшие к несвоевременному (запоздалому) оказанию медицинской помощи. К длительному расстройству здоровья приводили дефекты оперативных вмешательств и манипуляций, в результате которых повреждались органы: почки, яичники, мочеточник.

Оценка степени тяжести вреда здоровью проводилась и по признаку стойкой утраты общей трудоспособности. Это наблюдалось, когда в качестве осложнения возникали стойкие, необратимые процессы.

Кроме того, неблагоприятный исход лечения с позиции степени тяжести вреда здоровью оценивался как тяжкий вред здоровью по признаку утраты органа (ампутация правой почки).

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что в 38,9 % комиссионные экспертизы назначались по отношению медицинских работников хирургического профиля, из них наиболее часто по отношению хирургов 57%, при этом, по характеру преобладали дефекты диагностики 64,3% в основном в виде не распознавания основной патологии 55,6%, а также в виде дефектов хирургического лечения 40%; которые возникали в основном из-за субъективных причин 85,7% в виде неполноценного обследования больного 75%.

ДОМП в основном допускались на госпитальном этапе 92,9% в основном ЦРБ 53,8%. В исходе большинство из них 71,4% способствовали наступлению смерти.

### **Список использованной литературы:**

1. Александрова О.Ю., Герасименко Н.Ф., Григорьев Ю.И., Григорьев И.К. Ответственность за правонарушения в медицине. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. Москва. Академия. 2006. 240 с.



2. Бисюк Ю.В. Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (критерии экспертной оценки и медико-правовые аспекты): автореф. дис. д-ра мед. наук. М., 2008. 49 с.
3. Давранова А.Э. и др. Дефекты оказания хирургической помощи на догоспитальном и госпитальном этапе лечения больных. Материалы конференции. *Problems of Modern Surgery*. 2023. С.92.
4. Давранова А.Э. и др. Установление локализации места приложения силы по повреждениям длинных трубчатых костей при автотравме. *Международный журнал теории новейших научных исследований*. 2024. 2(10). С.155–164.
5. Сергеев О.Д. и др. Об экспертной и правовой оценке гражданских дел в случаях ненадлежащего врачевания. *Медицинское право*. 2005. № 2. С. 17-20.
6. Томилин В.В. Обоснование основных понятий дефектов оказания медицинской помощи. *Судебно-медицинская экспертиза*. 2000. № 6. С. 4-8.

