

Старченко А.А.

Заместитель генерального директора

Группы компаний РОСГОССТРАХ-Медицина,

сопредседатель комитета независимой медицинской экспертизы

НП «Национальная медицинская палата»,

член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре,

профессор МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, д.м.н.



**Карта дефектов медицинской помощи –
инструмент независимой медицинской экспертизы и поддержания справедливого
баланса прав и законных интересов пациента и врача**

**Москва
23.11.2016 г.**

Карта дефектов медицинской помощи, как пособие для медицинских работников и экспертов по дефектам оказания медицинской помощи разработана в рамках проекта «Независимая медицинская экспертиза – инструмент общественного контроля в сфере здравоохранения России».

Цель проекта: повысить эффективность контроля оказания медицинской помощи посредством формирования института независимой экспертизы медицинской помощи на базе Национальной медицинской палаты.

При реализации проекта использовались средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента РФ от 25.07.2014 №243-рп и на основании конкурса, проведенного ООО «Лига здоровья нации».

Актуальность



«...С самого начала моего врачебного поприща я принял за правило: не скрывать ни моих заблуждений, ни моих неудач, и я доказал это, обнародовав все мои ошибки и неудачи...».

«...Я видел, как многие опытные практические врачи ... ошибались, и сам я так часто ошибался...».

«Я хочу написать не простую статью, не изложение некоторых интересных историй болезни, но осуществить выполнение своих излюбленных размышлений путем правдивого, открытого признания в своих ошибках и посредством раскрытия запутанного механизма их избавить своих учеников и начинающих врачей от повторения».

Николай Иванович Пирогов

Актуальность



«Каждые 40 минут в российские суды направляется прокурорский иск о защите прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь» - заявил 29 апреля 2014 года Генеральный прокурор России Ю.Я. Чайка, выступая с докладом на заседании Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации.

В выступлении были затронуты в том числе вопросы действенности прокурорского надзора за соблюдением прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь – так, например, в течение минувшего года только в интересах наименее социально защищенных слоев населения прокурорами было направлено в суды 12 тыс. исков.

К судебной защите прав на охрану здоровья регулярно прибегают и сами граждане, а также их полномочные и законные представители. В отношении лиц, признанных виновными в неоказании (ненадлежащем оказании) медицинской помощи, каждый год в среднем постановляется около ста обвинительных приговоров.

Актуальность



..... 29 Сентября 2016 г.

В Следственном комитете РФ состоялась коллегия по вопросам организации работы по расследованию ятрогенных преступлений, то есть связанных с некачественным оказанием медицинской помощи. Выступая на заседании коллегии, Председатель СК России А. Бастрыкин привел статистические данные о преступлениях указанной категории, отметив, что: *«в 2015 году потерпевшими от ятрогенных преступлений признаны 888 человек. Из них вследствие врачебных ошибок и ненадлежащего оказания медицинской помощи погибло 712 человек, в том числе 317 детей. В 2016 году из 352 человек, погибших вследствие врачебных ошибок и ненадлежащего оказания медицинской помощи – 142 ребенка».* *«В первом полугодии 2016 года в следственные органы Следственного комитета Российской Федерации поступило 2 516 сообщений о преступлениях, связанных с врачебными ошибками и ненадлежащим оказанием медицинской помощи, по результатам их рассмотрения возбуждено 419 уголовных дел»*, - уточнил А. Бастрыкин.

Председатель СК России потребовал от подчиненных всестороннего исследования обстоятельств гибели пациентов в каждом конкретном случае. А для того, чтобы оперативно получать информацию о совершенных ятрогенных преступлениях, он указал подчиненным на необходимость заключения соглашений о сотрудничестве с Росздравнадзором, который осуществляет контроль и за порядком проведения медицинской экспертизы, и за соблюдением стандартов качества медицинской помощи. Кроме того, Председатель СК России отметил опыт взаимодействия с местными департаментами здравоохранения, которые в рамках заключенных соглашений информируют следственные управления обо всех фактах смертей несовершеннолетних, беременных и рожениц. *«Данный опыт был распространен. И вот подобные соглашения заключены уже в 27 следственных управлениях, еще в 15 проходят согласование»* - резюмировал Председатель СК России.

По итогам коллегии был выработан ряд конкретных мер, направленных на совершенствование расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи.

Частота дефектов в здравоохранении «в мировом масштабе» (S. Stender, 2012)



Исследование/страна	Авторы, год публикации	Год исслед.	Число пациентов	Частота дефектов
Гарвардская медицинская практика	Brennan TA, Leape LL и соавт; 1991	1984	30195	27,6
Юта-Колорадо (США)	Thomas и соавт; 2000	1992	14052	2,9
Качество здравоохранения в Австралии	Wilson и соавт; 1995	1992	14179	16,6
Новая Зеландия	Davis и соавт; 2002	1998	6579	11,2
Великобритания	Vincent и соавт; 2001	1999	1014	10,8
Канада	Baker и соавт; 2004	2002	3745	7,5
Франция	Michel и соавт; 2007	2004	8754	6,6
Великобритания	Sari и соавт; 2007	2004	1006	8,7
Испания	Aranaz-Andre и соавт; 2008	2005	5624	8,4
Нидерланды	Zegres и соавт; 2009	2006	7926	5,7
Швеция	Soop и соавт; 2009	2006	1967	12,3

По оценкам **Национального института здоровья Финляндии (National Institute for Health & Welfare (THL))**, ежегодно до 1700 человек погибают в результате ошибок врачей. Соответствующие данные включены в только что обнародованный рейтинг, отражающий статистику медицинских ошибок, в том числе повлекших летальный исход для пациента, во всех здравоохранительных округах Финляндии за минувший год (2014).

Доля летальных ошибок, согласно данным канадских авторов, составляет 4,9-12,7%; согласно официальной статистике Нидерландов, **дефекты МП привели к летальному исходу в 6,2%.**

В независимом исследовании **американской анестезиологической ассоциации ASA**, установлено, что **доля летальных ошибок составляет 15-20%.**

По данным **Британского национального агентства безопасности пациентов**, в 2015 году в результате ошибок, допущенных врачами и персоналом британских больниц, пострадали 526 599 пациентов. В 2 159 случаях некомпетентность или небрежность медиков стали причиной гибели больных.

По данным Британского национального агентства безопасности пациентов, тысячи жителей Великобритании ежегодно погибают из-за ошибок медиков.



Согласно опубликованному в 2015 году докладу агентства, в прошлом году в результате ошибок, допущенных врачами и персоналом британских больниц, пострадали 526 599 пациентов. В 2 159 случаях некомпетентность или небрежность медиков стали причиной гибели больных.

Наиболее распространенными видами врачебных ошибок в Великобритании являются неправильно выписанные рецепты, небрежно проведенные операции, неверные диагнозы и утрата медицинской карты больного.

По словам представителя британской Ассоциации Пациентов Кэтрин Мерфи, все приведенные в докладе случаи гибели пациентов в британских клиниках можно было предотвратить.

«Комментируя данные доклада, представитель Министерства здравоохранения Великобритании отметил, что, несмотря на серьезность приведенных цифр, пострадавшие в результате неправильного лечения составляют лишь небольшую часть от огромного потока больных, которых ежегодно обслуживает Национальная система здравоохранения.

«Основной нашей задачей по-прежнему остается безопасное, надежное и своевременное предоставление качественных медицинских услуг. Если ошибки происходят, мы должны учиться признавать их и учиться на них», - заявил чиновник Минздрава.

Руководство Национальной службы здравоохранения Великобритании (NHS) выделило 26.1 млрд. фунтов стерлингов на компенсационные выплаты для пациентов, что эквивалентно почти четверти годового бюджета службы здравоохранения, который составляет 113 млрд. фунтов. **Сейчас NHS расходует на компенсационные выплаты 1,6 млрд. фунтов ежегодно, сообщает Financial Times.**



По данным министра здравоохранения Дж. Ханта, количество претензий возросло почти на 18% за год, начиная с марта 2013 года.

Минздрав объявит о финансовых санкциях для больниц, руководство которых скрывает клинические ошибки, чтобы не выплачивать компенсации.

Согласно новому законопроекту, руководству больниц, которое не будет признавать клинические ошибки и случаи врачебной халатности, будет предложено возместить властям до 10 000 фунтов за каждый случай.

Ранее в интервью The Telegraph Хант сообщил о планах реализации радикальных реформ, чтобы положить конец «культуре прикрытия» в учреждениях Национальной службы здравоохранения.

По данным министра, в месяц из-за врачебных ошибок в британских больницах умирают до 1 000 пациентов.

Кроме того, Хант предложил публиковать ежегодный отчет о лечении примерно 2 000 умерших пациентов.

Иски к врачам обходятся США в 55,6 миллиарда долларов в год

Разбирательства по искам, связанным с медицинскими ошибками и халатностью медработников, обходятся американскому здравоохранению в 55,6 миллиардов долларов в год.



Такие данные приводятся в статье исследователей из Гарвардской школы общественного здоровья (Harvard School of Public Health) - журнал Health Affairs.

Авторы исследования обобщили данные различных источников по объему затрат на судебные разбирательства по искам пациентов в 2008 году. По оценкам ученых, большая часть затраченных средств - 45,6 миллиардов долларов ежегодно - ушли на оплату так называемых "защитных" действий ("defensive" practices) медицинских учреждений, в том числе на экспертизу спорных случаев и дополнительные обследования пострадавших пациентов.

Значительные средства были затрачены также на оплату административных расходов и судебных издержек. Выплаты по искам против врачей составили небольшую часть расходов – в общей сложности 5,72 миллиарда долларов.

Расходы на разбирательства по искам пациентов в 2008 году составили приблизительно 2,4 процента от общего объема затрат на здравоохранение в США. В исследовании не учитывались выплаты медицинских учреждений по страхованию профессиональной ответственности медработников перед пациентами.

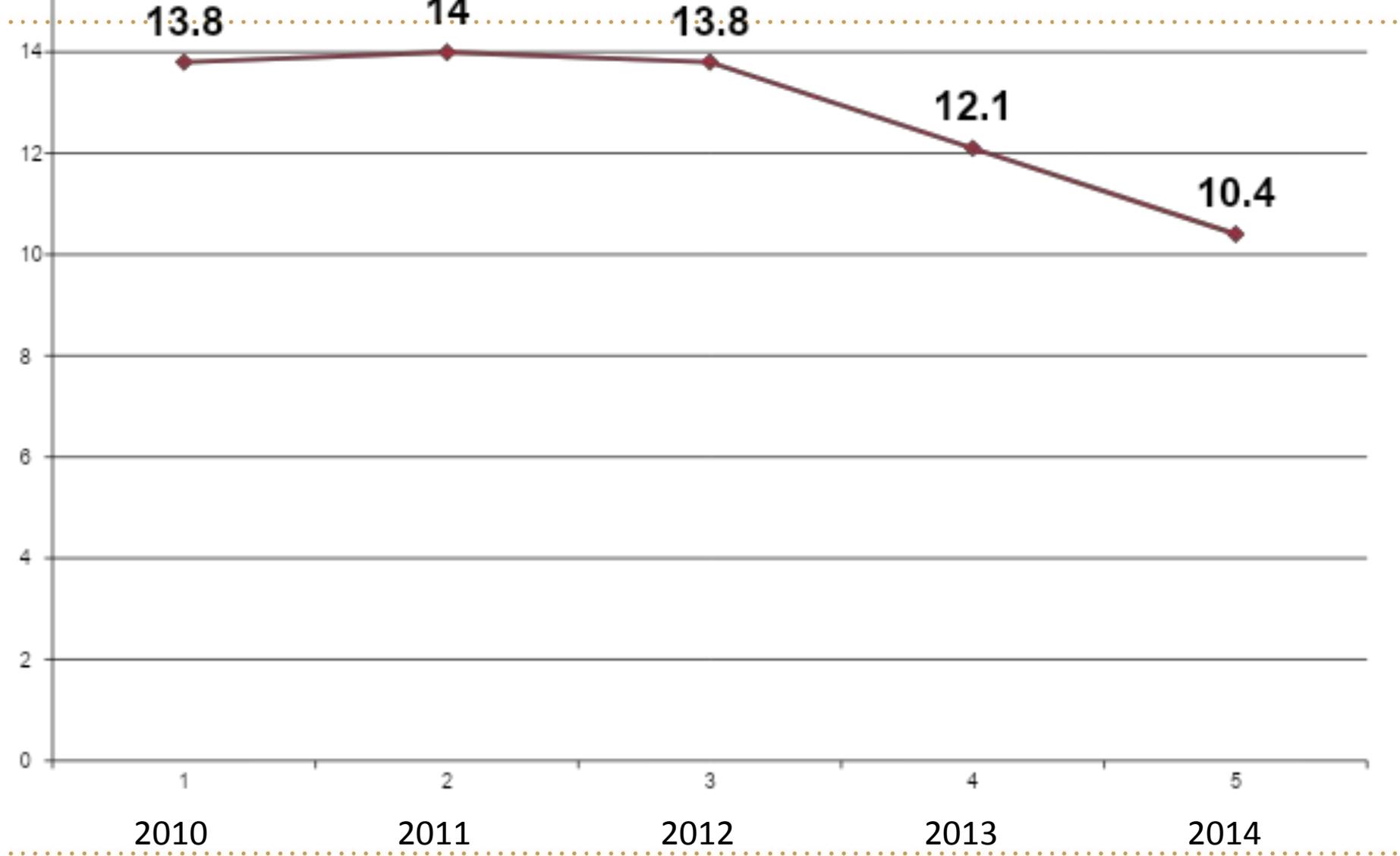
По данным одного из докладчиков конгресса «Человек и лекарство» (2006), академика А.Г. Чучалина, **практически каждый третий диагноз ставится отечественными врачами неверно**. Для сравнения, в США процент врачебных ошибок составляет 3-4%, в Великобритании – 5%, во Франции – 3%.

По словам А.Г. Чучалина, россияне вынуждены платить непомерно высокую цену за непрофессионализм медицинских работников. **Так, из-за неправильного или несвоевременного диагноза в России умирают 12% больных пневмонией**. Из-за плохой организации врачебного контроля за артериальной гипертонией Россия лидирует среди развитых стран по числу инсультов. Из-за недостатка знаний врачи первичного звена выявляют только 30% пациентов, нуждающихся в высокотехнологичной медпомощи.

Отечественные врачи часто не имеют представления о новых методах диагностики и лечения, лекарственных препаратах, не умеют работать с компьютером и не прилагают никаких усилий к повышению своего профессионального уровня.



Процент расхождения диагнозов в ЛПУ взрослой сети ДЗМ в период с 2010 по 2014 г.г.



3.4. Расхождением диагнозов считается несовпадение любой нозологической единицы из рубрики основного заболевания по ее сущности (гиподиагностика, гипердиагностика), по локализации, по этиологии, по характеру патологического процесса, а также случаи поздней (несвоевременной) диагностики.

3.6. Категории расхождения диагнозов указывают как на объективную возможность или невозможность правильной прижизненной диагностики, так и на значение диагностической ошибки для исхода заболевания.

I категория расхождения диагнозов — в данном медицинском учреждении правильный диагноз был невозможен, и диагностическая ошибка (нередко допущенная во время предыдущих обращений больного за медицинской помощью) уже не повлияла в данном медицинском учреждении на исход болезни. Причины расхождения диагнозов по I категории всегда объективные.

II категория расхождения диагнозов — в данном медицинском учреждении правильный диагноз был возможен, однако диагностическая ошибка, возникшая по субъективным причинам, существенно не повлияла на исход заболевания.

III категория расхождения диагнозов — в данном медицинском учреждении правильный диагноз был возможен, и диагностическая ошибка повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, т.е. привела к недостаточному (неполноценному) или неверному лечению, что сыграло решающую роль в смертельном исходе заболевания.

Расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов у умерших в стационарах взрослой сети ЛПУ МОСКВЫ за 12 лет (2003-2014 гг.)



Годы	Частота расхождений диагнозов (в %)			
	Средний % расхождений диагнозов	Категории расхождения диагнозов		
		I	II	III
2003	15,2	45,2	54,2	0,6
2004	16,8	44,3	55,3	0,4
2005	16,2	46,0	53,5	0,5
2006	16,3	47,3	52,3	0,4
2007	16,1	47,5	52,3	0,2
2008	15,4	47,0	52,9	0,1
2009	14,8	49,5	50,4	0,1
2010	13,8	50,8	49,1	0,1
2011	14,0	51,8	48,1	0,1
2012	13,8	46,4	53,6	0,05
2013	12,1	50,8	49,1	0,03
2014	10,4	62,1	37,8	0,03

Расхождения диагнозов (%) по смертельному осложнению у умерших в стационарах взрослой сети ЛПУ МОСКВЫ по данным вскрытий за 4 года (2009-2014 гг.)



Смертельные осложнения	2009 г. % расхождений диагнозов	2010 г. % расхождений диагнозов	2011 г., % расхождений диагнозов	2014 г. % расхождений диагнозов
Пневмония	11	7,1	10,4	8,3
ТЭЛА	21	15,4	16,2	15,7
Кровотечения, шок геморрагический 4 степени	13	12,8	10,2	8,1
Перитонит	14	12,0	9,6	8,5
Сепсис	19	15,6	18,3	16,2
Менингит, абсцессы мозга	24	20,8	25,3	23,3
Другие гнойно-воспалительные осложнения	13	17,4	15,9	17,1

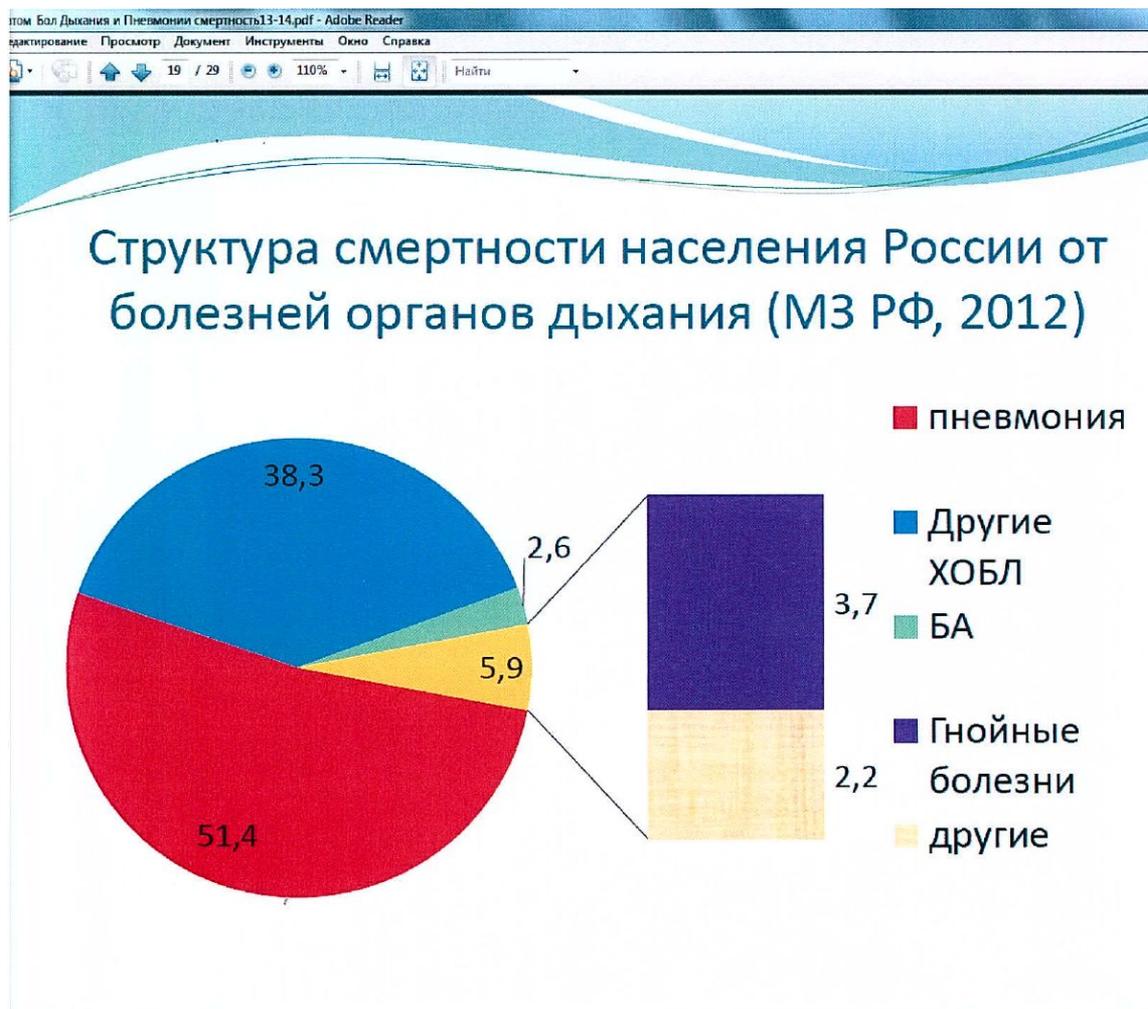
Больничная летальность, Москва	Годы				
	2008	2009	2010	2011	2014
Частота расхождений при остром инфаркте миокарда	11,2	11,0	11,1	10,4	7,7

Расхождения диагнозов (%) по смертельному осложнению у умерших в стационарах взрослой сети ЛПУ МОСКВЫ по данным вскрытий за 5 лет (2010-2014 гг.)



Смертельные осложнения	2010 г., % расхождений диагнозов	2014 г. , % расхождений диагнозов
Инфаркт мозга	6,1	6,1
Кровоизлияние в мозга	10,2	5,1
ИБС , всего	10,7	6,8
Инфаркт миокарда	11,1	7,7
Острый панкреатит	13,8	14,9
Острый, хрон. холецистит	16,7	18,9
Грыжи	6,7	10,3
Острый аппендицит	16,7	25
Язвенная б-нь 12 п.к., желудка	19	13,4

Качество помощи при болезнях органов дыхания (БОД) (Биличенко Т.Н., 2014)



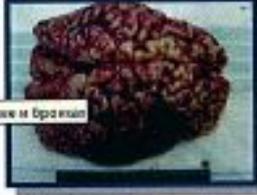
Качество помощи при болезнях органов дыхания (БОД) (Биличенко Т.Н., 2014)



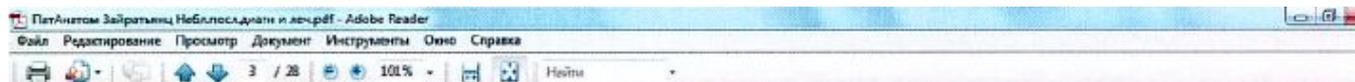
Патологией Зайратьянц, Неблагоприятные и др.pdf - Adobe Reader
Файл Редактирование Просмотр Документ Инструменты Около Страницы



НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ (НПЛ)



О.В.Зайратьянц, МГМСУ им. А.И.Евдокимова, 2013 г.



РАЗНООБРАЗИЕ НПЛ

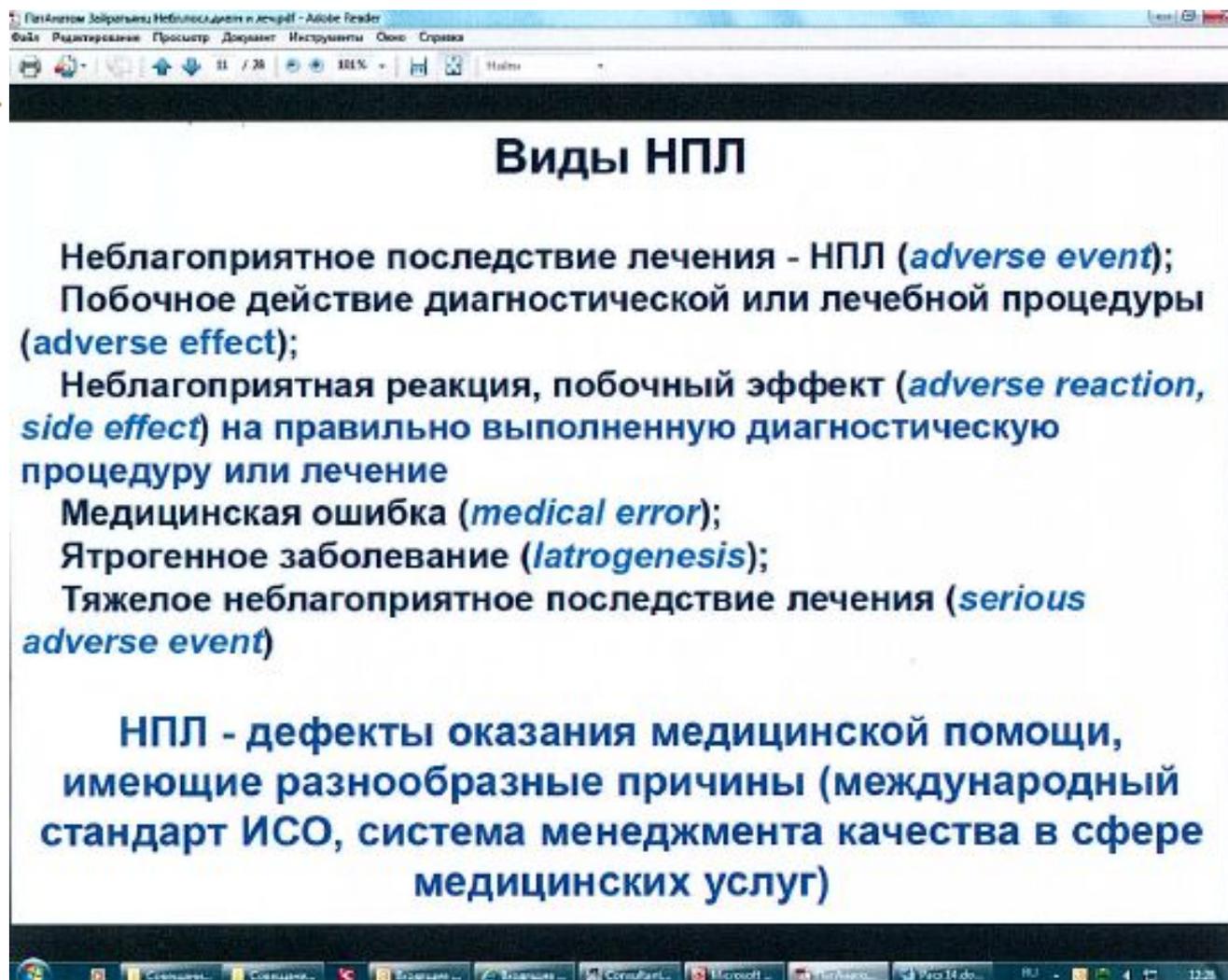
**Расхождения диагнозов
(независимо от влияния на течение
или исход заболевания)**

**Нарушения стандартов оказания
медицинской помощи (независимо
от причин)**

**Нозокомиальные инфекции
(например, в настоящее время до
70% инфекционных эндокардитов)**

**Любые неблагоприятные
последствия профилактических,
диагностических, лечебных,
косметологических мероприятий**





Виды НПЛ

- Неблагоприятное последствие лечения - НПЛ (*adverse event*);
- Побочное действие диагностической или лечебной процедуры (*adverse effect*);
- Неблагоприятная реакция, побочный эффект (*adverse reaction, side effect*) на правильно выполненную диагностическую процедуру или лечение
- Медицинская ошибка (*medical error*);
- Ятрогенное заболевание (*iatrogenesis*);
- Тяжелое неблагоприятное последствие лечения (*serious adverse event*)

НПЛ - дефекты оказания медицинской помощи, имеющие разнообразные причины (международный стандарт ИСО, система менеджмента качества в сфере медицинских услуг)



СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЧИНЫ:

**РОСТ ЗНАЧЕНИЯ
«ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ФАКТОРА»
В МЕДИЦИНЕ**

УЗКАЯ СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ

**НЕДОСТАТОЧНАЯ
КВАЛИФИКАЦИЯ**

**ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ЧЕРТЫ
ХАРАКТЕРА
(ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ
ПРИГОДНОСТЬ) И Т.Д.**



Панель инструментов: Заблуждение, Неблуждение и др. pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Документ Инструменты Окно Справка

25 / 28 100%

Особенности современных НПЛ

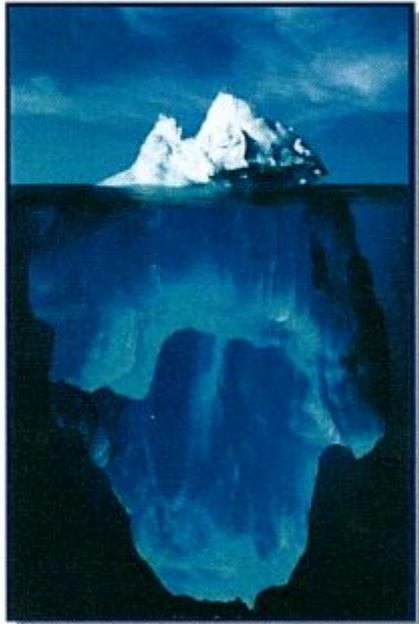
- Большая роль «человеческого фактора» в условиях дефицита времени, оборудования и информации (субъективные и объективные причины)
- Недостатки преемственности в оказании медицинской помощи (оказанная ранее – в настоящее время- после транспортировки в стационар – после перевода в другое отделение)

19/04/2016

Платоний Заиретяц Неблагоприят и лечебн - Adobe Reader
Файл Редактирование Просмотр Документ Инструменты Око Справка

77 / 28 101% Найти

**ПРИ ЖИЗНИ
НЕ
ДИАГНОСТИРУЕТСЯ
более 30%
НПЛ**



ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ - ЭТО ПРОБЛЕМЫ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



1. Законы РФ носят общий и противоречивый характер.
2. Нормативные документы не охватывают всей сферы здравоохранения и носят фрагментарный характер.
3. Нормативные акты во многом неоднозначны и подчас провокативны.
4. Вместо нормативных актов министерством и ведомствами выпускаются письма и рекомендации – отсутствие ответственности должностных лиц.
4. Комментарии и мнения должностных лиц расходятся с текстом нормативных актов.
5. Судебно-медицинская экспертиза бесконтрольна, часто ангажирована и необъективна.
6. Приговоры и решения суда не анализируются должностными лицами и не учитываются в нормативных документах.
7. Мнения общественных объединений пока мало принимаются в расчет.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ПРИКАЗ от 8 февраля 2013 г. N 123 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕН
(ТАРИФОВ) НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ БЮДЖЕТНЫМИ И КАЗЕННЫМИ
ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ»



4. Повышающий коэффициент не применяется при оказании медицинской помощи **в неотложной форме**, в том числе женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, новорожденным и детям.

5. Перечни и прейскуранты платных медицинских услуг, предоставляемых учреждением, утверждаются приказом учреждения.

Закон № 323-ФЗ:

Статья 32. Медицинская помощь

4. Формами оказания медицинской помощи являются:

1) **экстренная** - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

2) **неотложная** - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний **без явных признаков угрозы жизни пациента**.

Статья 11. Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи

1. Отказ в оказании медицинской помощи не допускаются.

2. **Медицинская помощь в экстренной форме** оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и **бесплатно**. **Отказ в ее оказании не допускается**.

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

6. Медицинскими критериями квалифицирующих признаков в отношении тяжкого вреда здоровью являются:

6.1. Вред здоровью, опасный для жизни человека, который по своему характеру непосредственно создает угрозу для жизни, а также вред здоровью, вызвавший развитие угрожающего жизни состояния (далее - вред здоровью, опасный для жизни человека).

Вред здоровью, опасный для жизни человека, создающий непосредственно угрозу для жизни.

6.2. Вред здоровью, опасный для жизни человека, вызвавший расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью (далее - угрожающее жизни состояние).

Таким состояниями могут быть - угрожающие жизни состояния, отвечающие медицинским критериям тяжкого вреда, утвержденным приказом у Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 апреля 2008 г. N 194н, требующие безотлагательных множественных, рисковых разнонаправленных медицинских вмешательств **Cito!**:



«6.2. Вред здоровью, опасный для жизни человека, вызвавший расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью (далее - угрожающее жизни состояние):

- 6.2.1. шок тяжелой (III-IV) степени;*
- 6.2.2. кома II-III степени различной этиологии;*
- 6.2.3. острая, обильная или массивная кровопотери;*
- 6.2.4. острая сердечная и (или) сосудистая недостаточность тяжелой степени, или тяжелая степень нарушения мозгового кровообращения;*
- 6.2.5. острая почечная или острая печеночная, или острая надпочечниковая недостаточность тяжелой степени, или острый панкреонекроз;*
- 6.2.6. острая дыхательная недостаточность тяжелой степени;*
- 6.2.7. гнойно-септическое состояние: сепсис или перитонит, или гнойный плеврит, или флегмона;*
- 6.2.8. расстройство регионального и (или) органного кровообращения, приводящее к инфаркту внутреннего органа или гангрене конечности; эмболия (газовая, жировая, тканевая, или тромбоемболии) сосудов головного мозга или легких;*
- 6.2.9. острое отравление химическими и биологическими веществами медицинского и немедицинского применения, в том числе наркотиками или психотропными средствами, или снотворными средствами, или препаратами, действующими преимущественно на сердечно-сосудистую систему, или алкоголем и его суррогатами, или техническими жидкостями, или токсическими металлами, или токсическими газами, или пищевое отравление, вызвавшее угрожающее жизни состояние, приведенное в пунктах 6.2.1-6.2.8 Медицинских критериев;*
- 6.2.10. различные виды механической асфиксии; обезвоживание, истощение, перенапряжение организма, вызвавшие угрожающее жизни состояние, приведенное в пунктах 6.2.1-6.2.8 Медицинских критериев».*

Юридическая классификация отклонений от правил оказания медицинской помощи в уголовном праве

Санкт-Петербургский юридический институт Генеральной прокуратуры РФ



Отклонения от правил оказания медицинской помощи можно классифицировать:

по содержанию:

а) невыполнение в полном объеме обязательных предписаний и мер предосторожности, необходимых для достижения желаемого результата оказанной МП;

б) превышение профессиональных полномочий, выход за установленные границы обязательной (предписанной) медицинской деятельности по оказанию помощи пациентам;

по характеру отклонения:

а) отрицательному:

отклонения, обусловленные преступной неосторожностью, включая превышение пределов состояния крайней необходимости и пределов обоснованного риска;

б) положительному:

отклонения, связанные с обоснованным профессиональным риском, когда выполнение медицинского мероприятия по новой технологии разрешено к применению в установленном законом порядке, обусловлено достаточными научными разработками, апробировано на практике, на его проведение получено согласие пациента в соответствии с требованиями ст. 32, 43 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан РФ (1993) и исполнитель имеет достаточный опыт профессиональной деятельности;

отклонения, обусловленные состоянием крайней необходимости, когда медработник, спасая жизнь пациенту, действует в условиях экстремальной ситуации, медицинские мероприятия проводятся по жизненным показаниям; в таких ситуациях, как правило, врач объективно лишен возможности в полном объеме соблюдать правила медицинской помощи, например, провести все необходимые диагностические исследования и т.д.

При проведении **криминалистического анализа** обстоятельств ятрогенного случая устанавливается соответствие (адекватность) врачебного процесса, выполненного в интересах конкретного пациента, существующим правилам оказания **медицинской помощи** и объективным условиям, в которых эта помощь оказывалась.

Адекватное оказание МП - это своевременное оказание пациенту обоснованной, в достаточном объеме, с соблюдением мер безопасности, оптимальной профессиональной помощи, позволившей получить наиболее благоприятный результат.

Адекватное оказание МП может иметь как благоприятный, так и неблагоприятный исход, который может быть обусловлен независимыми от врача обстоятельствами, например, нежелательными действиями пациента или его родных, экстремальной ситуацией оказания МП и т.п. Такое событие оценивается как несчастный случай, совершенные медиками действия признаются невиновными (ст. 28 УК РФ).

Своевременность оказания МП предполагает:

- принятие без промедления решения об оказании МП больному, роженице, пострадавшему; -
- незамедлительное начало врачебного процесса в интересах конкретного пациента, нуждающегося в неотложных медицинских мероприятиях; -
- динамичное осуществление врачебного процесса в соответствии с требованиями медицинских технологических стандартов, правил оказания МП;
- принятие аргументированных решений о времени выполнения планируемых медицинских мероприятий и т.п.



Достаточность оказания МП оценивается объемом и видом выполненных медицинских мероприятий, необходимых для получения объективных данных, позволяющих обоснованно поставить нозологический диагноз, принять аргументированное решение о выборе тактики и методики лечения, о преимуществах пациента.

Обоснованное оказание МП предполагает выбор методики и тактики врачевания (диагностирования, лечения, преимущества), на основе продуманной логически выстроенной оценки результатов диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий и т.д.

Оптимальность оказания МП рассматривается как максимальное использование реальных ресурсов медицины, которыми располагал медицинский работник при оказании пациенту МП. Речь идет о научно-практических, материально-технических, кадровых возможностях определенного ЛПУ, а также учреждений здравоохранения региона и страны, позволявших выбрать наилучший вариант врачевания.

Исследование факта неисполнения врачом должным образом обязательного определенного действия в рамках оказания медицинской помощи, которое повлекло негативные для здоровья или жизни пациента последствия.

- оценка имевшихся у пациента патологических процессов и действий врача в период оказания медицинской помощи;
- причинно-следственная связь между действием или бездействием врача и их последствиями для здоровья пациента.

Принципы оценки действий врача с позиций:

- 1) обусловленности**, то есть наличия условий, которые установлены для осуществления действий, н-р, отсутствие добровольного информированного согласия; отсутствие лицензии; отсутствие условий для оказания реанимационной помощи;
- 2) обоснованности** (проверка наличия оснований для вмешательства). Основанием к совершению действия являются: жалобы пациента и научные сведения о патологических процессах; - выявленные признаки патологии; - научные представления о закономерностях развития выявленной патологии, включая ее осложнения; - данные медицинской науки о последствиях для здоровья пациента планируемого или проведенного медицинского вмешательства. Действия, совершенные с учетом каждого из вышеперечисленных оснований, предлагается оценивать как обоснованные;
- 3) своевременности**: - своевременные и - несвоевременные. Своевременными являются действия, время проведения которых регламентировано соответствующими директивными указаниями, а при отсутствии такой регламентации, обычно достаточные для принятия решения, а также подготовки и выполнения действия в фактических условиях;
- 4) техники исполнения** (описание вмешательства);
- 5) полноты**. Оценку «полноты» действия следует проводить на основании сопоставления сведений об объеме совершенного действия с объемом того действия, которое могло быть исполнено в тот или иной отрезок времени периода оказания медицинской помощи.

Влияние ненадлежащих действий на возникновение и (или) развитие патологии могут быть сведены к трем основным типам:



Тип 1. Имевшийся у пациента патологический процесс развивался закономерно, а ненадлежащие действия или не оказывали на его течение какого-либо значимого влияния, или несколько замедляли темп его развития либо уменьшали тяжесть течения. Сами по себе ненадлежащие действия не привели к возникновению новой патологии, а вред здоровью наносился закономерным ходом имевшегося патологического процесса. **Ненадлежащее действие при этом этиологически не связано с наступившим последствием.**

Тип 2. Имевшийся патологический процесс, вследствие ненадлежащих действий, стал протекать более тяжело и (или) быстро. Сами же по себе ненадлежащие действия не привели к возникновению новой патологии, а вред здоровью обусловлен закономерным ходом и исходом имевшегося патологического процесса. **Такие действия представляется возможным оценивать как этиологически связанные с наступившими последствиями.**

Тип 3. Ненадлежащие действия вызвали либо новый патологический процесс, либо привели к обострению ранее имевшейся патологии, которая не развивалась до совершения действия. **Подобные действия предлагается оценивать как этиологически связанные с наступившими последствиями**

В третьем типе влияния можно выделить *три варианта:*

Вариант А - на возникновение и (или) течение новой (либо обострение не развивавшейся) патологии имеющийся патологический процесс влияния не оказал;

Вариант Б - имеющийся патологический процесс оказал влияние на возникновение и (или) течение новой (либо обострение ранее не развивавшейся) патологии;

Вариант В - возникшая (или обострившаяся) патология усугубила (то есть ускорила темп или тяжесть течения) имевшийся до совершения ненадлежащего действия патологический процесс

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ДЕФЕКТОВ ЛЕЧЕНИЯ И ЛЕКАРСТВЕННО ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЯТРОГЕНИЙ В ПРЕМОРТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД



Кафедра криминалистики Ижевского филиала Нижегородской академии МВД РФ

... Оценка дефектов лечения и лекарственно обусловленных ятрогений в судебной медицине : ...

- правомерность использования ЛС в сопоставлении со стандартами в лечении согласно формулярной системе;
- пато- и танатоморфологические находки при исследовании трупа;
- биохмические и биофизические особенности ЛС .

Наиболее сложным и важным и в тоже время наиболее распространенным является вопрос о том, какие ЛС и в каких концентрациях находились в крови больного ко времени наступления смерти.

В некоторых случаях достаточной может быть и качественная оценка введенных ЛС в силу очевидности их несоответствия для коррекции того или иного состояния.

Так, при оценке у больного К. причины развития возможной лекарственно обусловленной ятрогении было установлено следующее - перечень ЛС соответствует протоколу формулярной системы: за «период времени, не превышающий удвоенный период полувыведения» до момента смерти больного, в крови оказались растворы ЛС:

- Раствор глюкозы 10 % - 700 мл - рН 3,6;
- Реополиглюкин-400мл-рН 5,5;
- Раствор димедрола 1 % -1 мл - рН 5,2;
- Раствор гентамицина сульфата 4% - 2 мл - рН 2,9;
- Раствор трентала 2% - 5 мл - рН 5,2.

ВЫВОД: Оценка приведенных ЛС по параметру кислотности свидетельствует о том, что все они, будучи кислыми, способствовали развитию и усугублению ацидоза в премортальный период

Почему карта дефектов нужна практическому врачу и пациенту?



Каждый - и пациент и врач - вправе рассчитывать на объективность и справедливость !

«Карта дефектов медицинской помощи» - это диалектический документ об экспертном консенсусе в сфере здравоохранения между практическим врачом, организатором здравоохранения, экспертом и представителем пациента – СМО!

Карта дефектов требует внимательного изучения и постоянного пополнения.

Мы понимаем, что деятельность медицинского работника – сложная и авторитетная работа. Халатно проводить экспертизу нельзя, поэтому мы разрабатывали карту дефектов с тем, чтобы предусмотреть различные ситуации, и чтобы врачи, которые оказывают медицинскую помощь и врачи, которые занимаются экспертизой говорили на одном – профессиональном языке.



Почему карта дефектов нужна практическому врачу – это его защита от необоснованных обвинений.

Цели этого документа:

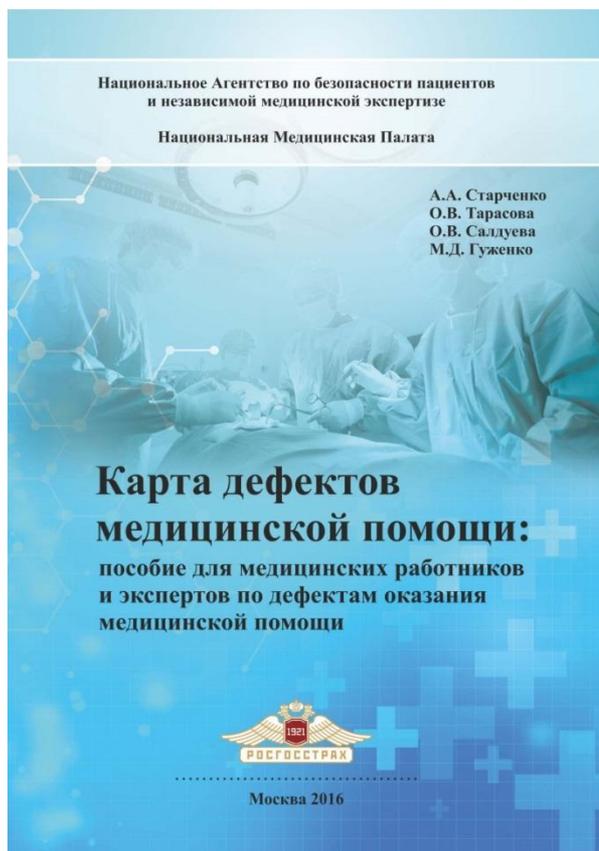
- искоренение «кустарщины», «вкусовщины» и субъективизма в экспертизе;
- информирование врачей об описанных дефектах, которые были ранее выявлены с тем, чтобы знать причины этих дефектов, искоренять эти дефекты, и с тем, чтобы экспертиза была как можно более обоснованной и объективной;
- создание единого экспертного пространства в здравоохранении: эксперт любого ведомства или любой системы при схожих экспертных случаях выносит схожие экспертные решения.

«Карта дефектов медицинской помощи»

- результат эффективной и ответственной работы СМО в системе ОМС



Карта дефектов медицинской помощи, как пособие для медицинских работников и экспертов по дефектам оказания медицинской помощи разработана в рамках проекта «Независимая медицинская экспертиза – инструмент общественного контроля в сфере здравоохранения России».



Цель проекта:

- **Повысить эффективность контроля оказания медицинской помощи посредством формирования института независимой экспертизы медицинской помощи;**
- **Создать инструмент поддержания справедливого баланса прав и законных интересов пациента и врача.**

При реализации проекта использовались средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента РФ от 25.07.2014 №243-РП и на основании конкурса, проведенного ООО «Лига здоровья нации».

Профессиональная деятельность медицинских работников характеризуется повышенным риском.

В первую очередь, - это риски ненадлежащего качества оказания медицинской помощи и неблагоприятного исхода для пациента.

И практикующим врачам, и руководителям лечебных организаций при оказании медицинской помощи крайне важно знать и понимать, что может стать причиной претензий к их работе со стороны проверяющих органов.

Что такое дефект медицинской помощи, как он оценивается, как устанавливается причинно-следственная связь между дефектом медицинской помощи и ее результатом, как правильно вести медицинскую документацию?– на эти вопросы отвечает опубликованная на сайте Национальной медицинской палаты Карта дефектов.

<http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=20492>

Независимая медицинская экспертиза - общественный институт сфер здравоохранения и юриспруденции

Независимая медицинская экспертиза, как общественный институт сфер здравоохранения и юриспруденции, имеет две главные характеристики: структурная и функциональная.

Структурная характеристика независимости медицинской экспертизы – это отсутствие служебной, трудовой, финансовой, родственной, этической зависимости эксперта и конфликта его интересов при исполнении им экспертной деятельности.

Функциональная характеристика независимости медицинской экспертизы – это наличие твердых единых для всех правил выявления и формулирования дефектов медицинской помощи. Пользуясь едиными принципами и формулировками дефектов эксперты всех уровней будут одинаково независимо оценивать медицинскую помощь.

В качестве функциональной составляющей независимости медицинской экспертизы представляем **Карту дефектов медицинской помощи.**

На сайте Национальной медицинской палаты размещена видеоверсия семинара «Дефекты оказания медицинской помощи»



<http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=20492>

20492

The screenshot shows the website interface for seminar ID 20492. At the top, there is a navigation bar with tabs: ОБЩАЯ, АКТИВНО, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ЭКСПЕРТНЫЙ КЛУБ, МЕДИЦИНИКА, ПРЕС-ЦЕНТР, and НИИ И ТЕХНОЛОГИИ. Below the navigation bar, there is a header with the logo of the National Medical Chamber and icons for different user roles: ВРАЧИ, ВЕДУЩИМ МЕДИЦИНАМ, ОРГАНИЗАТОРАМ ИНТЕРНАМ, and СТУДЕНТАМ. The main content area is titled "Карта дефектов медицинской помощи против «кусцовщины» и субъездивизма в экспертизе". It includes a section for "Экспертный клуб" with a list of topics and a "При поддержке" section. The main text discusses the professionalism of medical workers and the risks of poor quality of care. A photo of Alexey Starchenko is shown, along with a "Статья эксперта" section.

The screenshot shows the website interface for seminar ID 20170. At the top, there is a navigation bar with tabs: ОБЩАЯ, АКТИВНО, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ЭКСПЕРТНЫЙ КЛУБ, МЕДИЦИНИКА, ПРЕС-ЦЕНТР, and НИИ И ТЕХНОЛОГИИ. Below the navigation bar, there is a header with the logo of the National Medical Chamber and icons for different user roles: ВРАЧИ, ВЕДУЩИМ МЕДИЦИНАМ, ОРГАНИЗАТОРАМ ИНТЕРНАМ, and СТУДЕНТАМ. The main content area is titled "Он-лайн семинар: «Дефекты оказания медицинской помощи»". It includes a section for "Мероприятия" and a "Материалы для скачивания" section. A video player is visible at the bottom, showing a live stream of the seminar.

Структура карты дефектов

1. Законодательство РФ о качестве и дефекте медицинской помощи.
2. Дефекты медицинской помощи в соответствии с МКБ 10 пересмотра (МКБ-10).
3. Вопросы эксперту медицинской помощи для разрешения в процессе экспертной деятельности.
4. Алгоритм анализа медицинской документации.
5. Проверка соблюдения Правил формулировки диагнозов.
6. Дефекты оформления первичной медицинской документации патологоанатомической службы.
7. Алгоритм анализа медицинской документации: выявление дефектов оказания медицинской помощи, связанных с дефектами оформления медицинской документации.
8. Дефекты медицинской помощи в акушерстве и гинекологии.
9. Признание случая внутрибольничной инфекции дефектом оказания медицинской помощи.
10. Дефекты и критерии ненадлежащего качества медицинской помощи, устанавливаемые по порядкам оказания медицинской помощи.

Законом РФ «О защите прав потребителей» установлены следующие общие определения, используемые также в сфере здравоохранения и обязательного медицинского страхования (ОМС), которая отнесении к юрисдикции Закона РФ «О защите прав потребителей»:

«недостаток услуги - несоответствие услуги или обязательным требованиям, предусмотренным законом либо в установленном им порядке, или условиям договора, или целям, для которых услуга такого рода обычно используется, или целям, о которых исполнитель был поставлен в известность потребителем при заключении договора;

существенный недостаток услуги - неустранимый недостаток или недостаток, который не может быть устранен без несоразмерных расходов или затрат времени, или выявляется неоднократно, или проявляется вновь после его устранения, или другие подобные недостатки;

безопасность услуги - безопасность услуги для жизни, здоровья, имущества потребителя и окружающей среды при обычных условиях его использования, хранения, транспортировки и утилизации, а также безопасность процесса оказания услуги».

Исходя из определения недостатка услуги предложено определение дефекта медицинской помощи (услуги) и установлены критерии оказания медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности.

Приказ ФФОМС от 1 декабря 2010 г. № 230 :



5. Цели контроля: 5.3. предупреждение дефектов медицинской помощи, являющихся результатом несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица; невыполнения и/или неправильного выполнения **порядков** 5. Цели контроля: 5.3. предупреждение дефектов медицинской помощи, являющихся результатом несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица; невыполнения и/или неправильного выполнения порядков оказания медицинской помощи и/или **стандартов** медицинской помощи, **клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи**, медицинских технологий путем анализа наиболее распространенных нарушений по результатам контроля и принятие мер уполномоченными органами;

21. Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи ... **порядкам** 21. Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи ... порядкам оказания медицинской помощи и **стандартам** медицинской помощи, **клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи**, сложившейся клинической практике.

67. Дефекты медицинской помощи и/или нарушения при оказании медицинской помощи: ... невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с **порядками** 67. Дефекты медицинской помощи и/или нарушения при оказании медицинской помощи: ... невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых мероприятий, .. оперативных... вмешательств... в... соответствии... с... порядками .. оказания.. медицинской помощи, **стандартами** медицинской помощи и (или) **клиническими**

Круг вопросов, подлежащих разрешению в процессе экспертизы качества оказанной помощи



I. В соответствии с нормой ч. 6. ст. 40 «Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи» Закона РФ от 29.11.2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»: «Экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

(в ред. Закона РФ № 213-ФЗ).

Таким образом, на основании этой нормы формируется первый («законодательный») блок вопросов, подлежащих разрешению экспертом качества медицинской помощи, ответы на которые должны быть приведены в акте экспертизы:

1. Своевременно ли оказана помощь?
2. Правильные ли выбраны медицинские технологии?
3. Какова степень достижения запланированного результата?

II. Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества, утв. приказом ФОМС от 01.12.10 г. № 230 установлено: «5. Цели контроля: 5.3. предупреждение дефектов медицинской помощи, являющихся результатом несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица; невыполнения и / или неправильного выполнения порядков оказания медицинской помощи и / или стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, медицинских технологий путем анализа наиболее распространенных нарушений по результатам контроля и принятие мер уполномоченными органами.

20. В соответствии с частью 6 статьи 40 ФЗ экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов.

21. Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, сложившейся клинической практике».

Таким образом, на основании данных норм формируется второй («нормативный») блок вопросов, подлежащих разрешению экспертом качества медицинской помощи, ответы на которые должны быть приведены в акте экспертизы:

4. Имеет ли место несоответствие оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица?

5. Соответствует ли оказанная медицинская помощь договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию?

6. Соответствует ли оказанная медицинская помощь стандартам медицинской помощи?

7. Соответствует ли оказанная медицинская помощь официальным порядкам ее оказания?

III. Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества, утв. приказом ФОМС от 01.12.10 г. № 230 установлены обязанности эксперта и его квалификационные требования: *«82. Основной задачей эксперта качества медицинской помощи является проведение экспертизы качества медицинской помощи с целью выявления дефектов медицинской помощи, включая оценку правильности выбора медицинской организации, степени достижения запланированного результата, установление причинно-следственных связей выявленных дефектов медицинской помощи, оформление экспертного заключения и рекомендаций по улучшению качества медицинской помощи в ОМС.*

83. Эксперт качества медицинской помощи при проведении экспертизы качества медицинской помощи:

а) использует медицинские документы, содержащие описание лечебно-диагностического процесса, при необходимости выполняет осмотр пациентов;

б) предоставляет сведения об используемых нормативных документах (порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, клинические протоколы, методические рекомендации) по требованию должностных лиц медицинской организации, в которой проводится экспертиза качества медицинской помощи;

в) соблюдает правила врачебной этики и деонтологии, сохраняет врачебную тайну и обеспечивает сохранность полученных во временное пользование медицинских документов и их своевременный возврат организатору экспертизы качества медицинской помощи или в медицинскую организацию;

г) обсуждает с лечащим врачом и руководством медицинской организации предварительные результаты экспертизы качества медицинской помощи».

Таким образом, формируется третий («персональный») блок вопросов, подлежащих разрешению экспертом качества медицинской помощи, ответы на которые должны быть приведены в акте экспертизы:

8. Имеет ли место нарушение нормативных актов (порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, клинические протоколы, методические рекомендации) при оказании медицинской помощи?

9. Выявлены ли:

- несоответствие медицинской помощи (медицинской услуги) обязательным требованиям, предусмотренным законодательством по обязательному медицинскому страхованию или условиям договора;

- нарушения требований нормативных актов уполномоченных органов исполнительной власти;

- нарушения обычаев делового оборота, обычно предъявляемых требований в сфере здравоохранения;

- нарушения требований безопасности медицинской услуги;

- несоответствие медицинской помощи (услуги) целям, для которых данная медицинская помощь (медицинская услуга) обычно оказывается, выразившимся в причинении вреда жизни и здоровью застрахованных (пациентов);

- затруднение стабилизации имеющегося у пациента заболевания;

- повышение риска прогрессирования имеющегося заболевания;

- повышение риска для возникновения нового патологического процесса;

- нарушение правил оформления медицинской документации,

т.е. ДЕФЕКТ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ (ПОМОЩИ)

ГК РФ

Статья 401. Основания ответственности за нарушение обязательства

1. Лицо, не исполнившее обязательства либо исполнившее его ненадлежащим образом, несет ответственность при наличии вины (умысла или неосторожности), кроме случаев, когда законом или договором предусмотрены иные основания ответственности.

Лицо признается невиновным, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательства и условиям оборота, оно приняло все меры для надлежащего исполнения обязательства.

2. Отсутствие вины доказывается лицом, нарушившим обязательство.

Закон РФ от 21.11.11 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»



Статья 2. Основные понятия:

21) **качество медицинской помощи** - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Статья 10. Доступность и качество медицинской помощи

Доступность и качество медицинской помощи **обеспечиваются:**

4) применением **порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи**

Статья 37. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи



1. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.
2. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.
3. Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя:
 - 1) этапы оказания медицинской помощи;
 - 2) правила организации деятельности медицинской организации (подразделения, врача);
 - 3) стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;
 - 4) рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений;
 - 5) иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.
4. Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:
 - 1) медицинских услуг;
 - 2) зарегистрированных на территории РФ лекарственных препаратов в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата;
 - 3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;
 - 4) компонентов крови;
 - 5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;
 - 6) иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

Статья 76. Профессиональные некоммерческие организации, создаваемые медицинскими работниками и фармацевтическими работниками.

2. Профессиональные некоммерческие организации могут принимать участие в разработке норм и правил в сфере охраны здоровья, в решении вопросов, связанных с нарушением этих норм и правил, порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, программ подготовки и повышения квалификации медицинских работников и фармацевтических работников, принимать участие в аттестации медицинских работников и фармацевтических работников для получения ими квалификационных категорий. **Медицинские профессиональные некоммерческие организации разрабатывают и утверждают клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.**

Статья 64. Экспертиза качества медицинской помощи

1. Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

2. **Критерии оценки качества** медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих **порядков** оказания медицинской помощи, **стандартов** медицинской помощи и **клинических рекомендаций (протоколов лечения)** по вопросам оказания медицинской помощи, разрабатываемых и утверждаемых в соответствии с ч. 2 ст. 76 настоящего Федерального закона, и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Статья 37. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи



1. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.

Статья 79. Обязанности медицинских организаций

1. Медицинская организация обязана:

- 1) оказывать гражданам медицинскую помощь в экстренной форме;
- 2) организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи, и на основе стандартов медицинской помощи.

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: СТРАХОВОЙ ПОЛИС ИЛИ ИНДУЛЬГЕНЦИЯ ?

**Стандарт – это приказ, который обязан исполнить главный врач,
обеспечив специалиста ресурсами**

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
от 12 ноября 2012 г. N 1152 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ О ГОСУДАРСТВЕННОМ
КОНТРОЛЕ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ»



«3. Государственный контроль осуществляется путем:

в) проведения проверок соблюдения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.

12. Д) оценка соблюдения стандартов медицинской помощи, в том числе в части:

- обоснованности назначения медицинских услуг, имеющих усредненную частоту предоставления менее 1, а также полноты выполнения медицинских услуг с усредненной частотой предоставления 1».

Основная опасность:

- не выполняются диагностические и лечебные мероприятия стандарта, которые имеют усредненную частоту предоставления менее 1, без которых невозможно поставить полный диагноз и выявить возможное осложнение;

- не назначаются лекарства (изделия медицинского назначения, импланты и т.д.), имеющие усредненную частоту предоставления менее 1, без которых невозможно предупредить или купировать осложнение.

СМЫСЛ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ заключается в следующем :

оценка соблюдения стандартов медицинской помощи, в том числе в части:

обоснованности НЕНАЗНАЧЕНИЯ медицинских услуг, имеющих усредненную частоту предоставления менее 1.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРИКАЗ от 21 декабря 2012 г. N 1340н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА
ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ВЕДОМСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА
И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ»



15. При проверке соблюдения медицинскими организациями **порядков оказания медицинской помощи** оцениваются:

- 1) соблюдение выполнения этапов, условий и сроков оказания медицинской помощи по соответствующему виду, профилю заболеваний или состояний;
- 2) соответствие организации деятельности медицинской организации, ее структурного подразделения, врача требованиям положений, регламентированных порядками оказания медицинской помощи;
- 3) **соблюдение требований стандартов оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;**
- 4) **соответствие штатного расписания рекомендуемым штатным нормативам;**
- 5) соответствие деятельности организации иным установленным положениям исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

16. При проверке соблюдения медицинскими организациями **стандартов медицинской помощи** оцениваются:

- 1) соблюдение выполнения медицинских услуг в зависимости от усредненных показателей частоты и кратности их применения, **обоснованность назначения медицинских услуг, имеющих усредненную частоту менее 1,0, полнота выполнения услуг с усредненной частотой 1,0;**
- 2) обоснованность и полнота назначения лекарственных препаратов, компонентов крови;
- 3) обоснованность и полнота назначения имплантируемых в организм человека медицинских изделий;
- 4) обоснованность и полнота назначения видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;
иные положения, исходя из особенностей заболевания (состояния).

Диалектика категорий «стандарт», «протокол», «порядок» медицинской помощи



Стандарт медицинской помощи необходим для того, чтобы в каждой нозологии выделить:

- 1) обязательные методы диагностики заболевания с 95% доверительным интервалом постановки правильного диагноза;
- 2) обязательные методы лечения, приводящие к излечению или существенному прогрессу в 95% всех случаев с данной нозологией.

Стандарт – повод включить ЦНС врача и разбудить его клиническое мышление!

Вопросы Генеральной прокуратуре РФ:

1. Вправе ли врач, оказывающий медицинскую помощь, игнорировать требования стандартов медицинской помощи, изложенные в ч. 4 ст. 37 Закона № 323-ФЗ?
2. Обязан ли эксперт медицинской помощи проводить экспертизу качества методом сопоставления фактически оказанных медицинских услуг (мероприятия диагностики и назначения лекарственных средств) медицинской организацией с перечисленными в стандарте мероприятиями и лекарственными средствами?
3. Обязан ли эксперт при проведении экспертизы при выявлении фактов невыполнения мероприятий диагностики и назначения лекарственных средств, перечисленных в стандарте, применять санкции, предусмотренные Законом «Об ОМС граждан в РФ»?
4. Обязан ли прокурорский работник утвердить обвинительное заключение при наличии факта невыполнения стандарта медицинской помощи при оказании медицинской помощи по ч. 1 ст. 238 УК РФ?



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

Рахмановский пер., д. 3, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

28.01.2014 № 13-5/10/3000694-3

На № 3000694 от 13.01.2014 г.



13-5/10/3000694

Сопредседателю комитета
независимой экспертизы
НП «Независимая медицинская
палата»

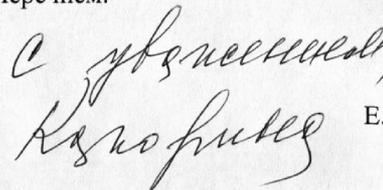
А.А. Старченко

В Перечне оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (Приложение 8 к Порядку, далее - Перечень) пунктом 3.2. предусмотрен дефект: «невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и/или стандартам медицинской помощи».

3

В соответствие с частями 9 и 10 статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оформленные соответствующим актом по форме, установленной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, являются основанием для применения мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона № 326-ФЗ, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и Перечнем.

Директор Департамента



Е.П. Какорина

«Об утверждении стандартов медицинской помощи и обеспечении их применения»
24 декабря 2013 08:00

Правительство сообщило о ходе работы по выполнению поручений Президента РФ.

Правительство, в частности, сообщило, что Минздравом России разработано, утверждено и зарегистрировано в Минюсте России 794 стандарта медицинской помощи (далее – стандарты), которые охватывают основные классы наиболее распространённых заболеваний и состояний. При этом перечень стандартов может уточняться с учётом потребностей практического здравоохранения.

Стандарты используются в целях организации и оказания медицинской помощи, государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, формирования программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В соответствии с законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан критерии оценки качества медицинской помощи определяются на основе соответствующих стандартов и клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Клинические рекомендации позволяют адаптировать к потребностям конкретного пациента установленные стандартами усреднённые показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, видов лечебного питания. Клинические рекомендации разрабатываются Минздравом России совместно с медицинским сообществом. К настоящему времени 241 клиническая рекомендация уже утверждена, разработаны ещё 450 клинических рекомендаций.

ВЕРХОВНЫЙ СУД РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РЕШЕНИЕ от 9 апреля 2014 г. N АКПИ14-152



Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 сентября 2007 г. N 582 утвержден стандарт медицинской помощи больным с инсулинзависимым сахарным диабетом. Приказ опубликован в журнале "Здравоохранение" за 2007 г. N 12.

Представитель Министерства здравоохранения Российской Федерации Андре А.А. возражал против удовлетворения заявленных требований и просил суд прекратить производство по делу, поскольку оспариваемый приказ является актом рекомендательного характера, не нуждается в государственной регистрации и не нарушает прав граждан.

Суд установил:

Представитель Министерства юстиции Российской Федерации просила суд удовлетворить заявленные требования, поскольку приказ является нормативным правовым актом и подлежал направлению на государственную регистрацию в Минюст России.

Существенными признаками, характеризующими нормативный правовой акт, являются: издание его в установленном порядке уполномоченным органом государственной власти, наличие в нем правовых норм (правил поведения), обязательных для неопределенного круга лиц, рассчитанных на неоднократное применение, направленных на урегулирование общественных отношений либо на изменение или прекращение существующих правоотношений.

Доводы представителя Минздрава России о том, что стандарт медицинской помощи больным с инсулинзависимым сахарным диабетом не является нормативным правовым актом, носит рекомендательный характер, являются несостоятельными и не могут служить основанием для отказа в удовлетворении заявленных требований.

ВЕРХОВНЫЙ СУД РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ОПРЕДЕЛЕНИЕ
от 31 июля 2014 г. N АПЛ14-302



Апелляционная коллегия Верховного Суда Российской Федерации установила:

В апелляционной жалобе Министерство здравоохранения Российской Федерации, не соглашаясь с решением суда и считая его незаконным и необоснованным, просит решение отменить и производство по делу прекратить.

В обоснование апелляционной жалобы Министерство здравоохранения Российской Федерации ссылается на то, что приказ не содержит основных существенных признаков нормативного правового акта, а именно подписан должностным лицом, не уполномоченным на издание нормативных правовых актов, и не содержит правовых норм (правил поведения), обязательных для неопределенного круга лиц, поэтому может быть оспорен исключительно в порядке производства по делам об оспаривании решений, действий (бездействия) органов государственной власти, органов местного самоуправления, должностных лиц, государственных или муниципальных служащих (глава 25 ГПК РФ).

Проверив материалы дела, обсудив доводы апелляционной жалобы, Апелляционная коллегия Верховного Суда Российской Федерации не находит оснований для ее удовлетворения.

На основании изложенного Верховным Судом Российской Федерации сделан правильный вывод о том, что стандарты медицинской помощи являются нормативными правовыми актами.

ПРИКАЗ МЗ РФ от 7 июля 2015 г. N 422ан
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



4. Критерии, применяемые при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

и) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных **стандартами** медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения):

установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации;

установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение;

л) проведение в обязательном порядке осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации, далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю, с внесением в стационарную карту соответствующей записи, подписанной заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

м) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения;

р) лечение (результаты):

= отсутствие прогнозируемых осложнений, связанных с проводимой терапией;

= отсутствие осложнений, связанных с дефектами обследования, лечения, выбора метода хирургического вмешательства или ошибок в процессе его выполнения;

= отсутствие внутрибольничной инфекции;

с) проведение при летальном исходе патолого-анатомического вскрытия в установленном порядке;

т) отсутствие расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов.

Статья 401. Основания ответственности за нарушение обязательства

1. Лицо, не исполнившее обязательства либо исполнившее его ненадлежащим образом, несет ответственность при наличии вины (умысла или неосторожности), кроме случаев, когда законом или договором предусмотрены иные основания ответственности.

Лицо признается невиновным, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательства и условиям оборота, оно приняло все меры для надлежащего исполнения обязательства.

2. Отсутствие вины доказывается лицом, нарушившим обязательство.

Статья 1095. Основания возмещения вреда, причиненного вследствие недостатков товара, работы или услуги

Вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу гражданина либо имуществу юридического лица вследствие конструктивных, рецептурных или иных недостатков услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации об услуге, подлежит возмещению лицом, оказавшим услугу (исполнителем), независимо от их вины и от того, состоял потерпевший с ними в договорных отношениях или нет.

Требования к МЭЭ и ЭКМП по оценке протоколирования добровольного информированного согласия



Статья 20 Закона РФ № 323-ФЗ «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» устанавливает правила протоколирования добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство:

«1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.»

4. При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

7. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента».

Пункт 5 статьи 3 Закона РФ № 323-ФЗ вводит понятие медицинского вмешательства:

«5) медицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности».

Таким образом, при проведении МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах протоколирования добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство – отсутствие:

- полной информации о целях медицинского вмешательства, в т.ч. наименования;
- полной информации о методах оказания медицинской помощи,
- полной информации о риске, связанном с вмешательством и методами оказания помощи;
- полной информации о возможных вариантах медицинского вмешательства (перечисление вариантов);
- полной информации о последствиях медицинского вмешательства;
- формулировки предполагаемого результата оказания медицинской помощи;
- подписи пациента;
- подписи медицинского работника.

Отсутствие в протоколе добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство одного из установленных законом требования – обязательный повод для применения финансовой санкции.

Отсутствие в протоколе отказа пациента от медицинского вмешательства перечисления последствий такого отказа - обязательный повод для применения финансовой санкции.

**ПРИКАЗ МЗ РФ от 20 декабря 2012 г. N 1181н
ПОРЯДОК НАЗНАЧЕНИЯ И ВЫПИСЫВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ**



3. Сведения о назначенном и выписанном медицинском изделии (наименование медицинского изделия, количество единиц медицинского изделия, ориентировочная длительность курса, обоснование назначения медицинского изделия) указываются в медицинской карте пациента.

5. Не допускается сокращение наименования медицинского изделия, не позволяющее установить, какое конкретно медицинское изделие выписано.

**ПРИКАЗ МЗ РФ от 20 декабря 2012 г. N 1175н
ПОРЯДОК НАЗНАЧЕНИЯ И ВЫПИСЫВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ
(в ред. приказа Минздрава России от 02.12.2013 N 886н)**

5. Сведения о назначенном и выписанном лекарственном препарате (наименование лекарственного препарата, разовая доза, способ и кратность приема или введения, длительность курса, обоснование назначения лекарственного препарата) указываются в медицинской карте пациента.

II. Назначение лекарственных препаратов при оказании медицинской помощи в стационаре

25. Согласование назначения лекарственных препаратов с заведующим отделением или ответственным дежурным врачом либо другим лицом, уполномоченным приказом главного врача медицинской организации, а также с врачом - клиническим фармакологом необходимо в случаях:

- 1) одновременного назначения **пяти и более лекарственных препаратов** одному пациенту;
- 2) назначения лекарственных препаратов, **не входящих в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, при нетипичном течении заболевания**, наличии осложнений основного заболевания и (или) сопутствующих заболеваний, при назначении лекарственных препаратов, особенности взаимодействия и совместимости которых согласно инструкциям по их применению приводят к снижению эффективности и безопасности фармакотерапии и (или) создают потенциальную опасность для жизни и здоровья пациента.

Требования к МЭЭ и ЭКМП по оценке протоколирования в медицинской документации консилиума врачей.



Статья 48 Закона РФ № 323-ФЗ «Врачебная комиссия и консилиум врачей» устанавливает:

«3. Консилиум врачей - совещание нескольких врачей одной или нескольких специальностей, необходимое для установления состояния здоровья пациента, диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности направления в специализированные отделения медицинской организации или другую медицинскую организацию и для решения иных вопросов.

4. Консилиум врачей созывается по инициативе лечащего врача в медицинской организации либо вне медицинской организации (включая дистанционный консилиум врачей). Решение консилиума врачей оформляется протоколом, подписывается участниками консилиума врачей и вносится в медицинскую документацию пациента. В протоколе консилиума врачей указываются фамилии врачей, включенных в состав консилиума врачей, сведения о причинах проведения консилиума врачей, течении заболевания пациента, состоянии пациента на момент проведения консилиума врачей, включая интерпретацию клинических данных, лабораторных, инструментальных и иных методов исследования и решение консилиума врачей. При наличии особого мнения участника консилиума врачей в протокол вносится соответствующая запись. Мнение участника дистанционного консилиума врачей с его слов вносится в протокол медицинским работником, находящимся рядом с пациентом».

Требования к МЭЭ и ЭКМП по оценке правомерности отказа от патологоанатомического вскрытия



При проведении МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах отказа от патологоанатомического вскрытия (ст. 67 Закона РФ № 323-ФЗ) – невыполнение вскрытия в следующих экспертных случаях:

- 1) подозрение на насильственную смерть;
- 2) невозможность установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;
- 3) оказание умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;
- 4) подозрение на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов;
- 5) смерть: а) связанная с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий, во время или после операции переливания крови и (или) ее компонентов;
б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него;
- в) от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;
- г) от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;
- д) беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до двадцати восьми дней жизни включительно;
- б) рождения мертвого ребенка;
- 7) необходимость судебно-медицинского исследования.

Применение санкций по коду: 3.13 «Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством».

Требования к МЭЭ и ЭКМП по оценке протоколирования в медицинской документации данных патологоанатомического исследования.



При проведении МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах (п. 4 ст. 67 Закона РФ № 323-ФЗ) протоколирования данных патологоанатомического исследования – отсутствие:

- 1) описания результатов гистологического исследования (описание микропрепаратов);
- 2) результатов биохимического анализа;
- 3) результатов микробиологического исследования с формулированием этиологии инфекционного процесса.

Применение санкций по коду: 3.2 в зависимости от исхода, минимальная санкция – по коду 3.2.3, как создание риска прогрессирования имеющегося заболевания, либо создание риска возникновения нового заболевания.

Требования к МЭЭ и ЭКМП по оценке протоколирования в медицинской документации заключительного клинического диагноза заболевания на основе прижизненной биопсии.

При проведении МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах (п. 4 ст. 67 Закона РФ № 323-ФЗ) протоколирования данных патологоанатомического исследования – отсутствие: прижизненной биопсии и обязательного заключения гистологического исследования операционного материала (п. 1.5. приказа МЗ СССР от 04.04.83 г № 375: «Установить, что гистологические исследования операционного материала являются обязательными»; п. 4 приложения N 1 к приказу Минздрава СССР от 11 марта 1988 г. N 203).

Применение санкций по коду: 3.2 в зависимости от исхода, минимальная санкция – по коду 3.2.3, как создание риска прогрессирования имеющегося заболевания, либо создание риска возникновения нового заболевания.

Требования к МЭЭ и ЭКМП по оценке протоколирования в медицинской документации выполнения реанимационных мероприятий или отказа от них



При проведении МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах (ст. 66 Закона РФ №323-ФЗ) протоколирования выполнения реанимационных мероприятий или отказа от них:

- 1) несоблюдение временного интервала проведения реанимационных мероприятий – **30 минут или отсутствие протоколирования времени их начала и окончания;**
- 2) отказ от выполнения реанимационных мероприятий в отсутствие записи решения консилиума врачей-специалистов о наличии у пациента достоверно установленного неизлечимого заболевания или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью;
- 3) отсутствие подробного протоколирования мероприятий, их хронологической последовательности с указанием времени, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации 22.06.2000 г. в Методических указаниях № 2000/104 «Сердечно-легочная реанимация».

При проведении МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах протоколирования в медицинской документации установления смерти человека в соответствие с Формой протокола установления смерти человека, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 20.09.2012 г. № 950:

1. Отсутствие в первичной медицинской документации протокола установления смерти человека по форме, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 20.09.2012 г. № 950.
2. Несоответствие протокола установления смерти человека форме, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 20.09.2012 г. № 950, в первичной медицинской документации.

Требования к МЭЭ и ЭКМП по оценке протоколирования в медицинской документации обоснования формы оказания медицинской помощи.



При проведении МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах (ч. 4 ст. 32 Закона РФ № 323-ФЗ) протоколирования обоснования формы оказания медицинской помощи:

1) отсутствие формулирования повода для оказания экстренной медицинской помощи - внезапного острого заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента (**перечисление признаков угрозы для жизни**);

2) отсутствие формулирования повода для оказания неотложной медицинской помощи - внезапного острого заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента (**перечисление отсутствия явных признаков угрозы для жизни**);

3) **отсутствие хронологического признака** (указания на время (час, минута) возникновения состояния, время начала и окончания каждого вмешательства, изменения в состоянии пациента, появления или устранения признаков угрозы для жизни).

4) **отсутствие формулирования повода для оказания плановой медицинской помощи** - заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью;

5) **отсутствие журнала ожидания пациентом плановой медицинской помощи** по каждому отделению, а также записи в журнале **о конкретной дате оказания плановой помощи**, а также наличие свободных «более ранних» дат в журнале ожидания пациентом плановой медицинской помощи.

Требования к МЭЭ и ЭКМП по оценке протоколирования в медицинской документации правомерности оказания платных медицинских услуг

При проведении МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах (ч. 3 ст. 80; ч. 5 ст. 84 Закона РФ № 323-ФЗ) протоколирования правомерности оказания платных медицинских услуг:

1) понуждение к приобретению гражданином лекарственных препаратов, включенных в ПЖНВЛС; 2) отказ в назначении и применении по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в ПЖНВЛС в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям; 3) оказание платной медицинской услуги при заболеваниях (формулировка МКБ-Х пересмотра), включенных в программу государственных гарантий; 4) отсутствие в договоре на оказание медицинской помощи диагноза заболевания, полного наименования услуги, перечня мероприятий, стоимости услуг - код дефекта – 1.4; 5) при установлении в процессе анализа предоставленной застрахованным лицом документации факта указания на внеочередность предоставления медицинской помощи следует запросить журнал ожидания (а также в отсутствие (непредъявление) журнала ожидания) и применить санкции в связи с несвоевременным оказанием медицинской помощи по всем страховым случаям, помощь по которым была незаконно отсрочена выполнением обжалуемой платной медицинской помощи (нарушена норма ст. ч. 2 ст. 19 Конституции РФ о запрете дискриминации по имущественному признаку) - код дефекта 3.2.3, как создание риска прогрессирования имеющегося заболевания, либо создание риска возникновения нового заболевания (как минимум); 6) при установлении в процессе анализа предоставленной застрахованным лицом документации факта указания на внеочередность предоставления медицинской помощи - отсутствие в преискуранте формулировки «внеочередное» предоставление медицинской помощи, как неполное и ненадлежащее информирование о медицинской услуге - код дефекта – 1.4;

7) уменьшение видов и объема оказываемой медицинской помощи, предоставляемых пациенту без взимания платы в рамках программы государственных гарантий, ввиду отказа пациента от предлагаемых платных медицинских услуг - код дефекта 3.2.3, как создание риска прогрессирования имеющегося заболевания, либо создание риска возникновения нового заболевания (как минимум);

2. Дефекты медицинской помощи в соответствии с МКБ 10 пересмотра



Министерство здравоохранения РФ Информационно-методическим письмом от 2002 года «Использование Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины» определило:

«Для кодирования случаев смерти в результате вмешательств, упущений, **неправильного лечения** или цепи событий, возникших от любой из перечисленных причин, используются соответствующие коды, входящие в блоки рубрик 19-го и 20-го классов: T36-T50, T80-T88, X40-X49, Y40-Y84».

Указанные в рубриках 19-го и 20-го классов T36-T50, T80-T88, X40-X49, Y40-Y84 МКБ 10 пересмотра формулировки диагнозов являются одновременно формулировками дефектов, которые в обязательном порядке должны использоваться, как при формулировании заключительного клинического и патологоанатомического диагноза, так и при экспертизе случая оказания медицинской помощи.

Международная статистическая классификация болезней 10 пересмотра введена в России приказом Минздрава РФ № 170 от 27.05.97 г. «О переходе органов и учреждений здравоохранения РФ на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра», который и является правовым основанием для применения экспертных выводов о наличии дефектов медицинской помощи в формулировках, предусмотренных МКБ-10 пересмотра.

К дефектам медицинской помощи в соответствии с МКБ-10 пересмотра относятся:

1. Осложнения хирургических и терапевтических вмешательств, не классифицированные в других рубриках (Т80-Т88) МКБ-10:

Т80 Осложнения, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией.

Т80.0 Воздушная эмболия, связанная с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией.

Т80.1 Сосудистые осложнения, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией: флебит, тромбоз эмболия, тромбофлебит, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией.

Т80.2 Инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией: инфекция, сепсис, септицемия, септический шок, связанные с инфузией, трансфузией и терапевтической инъекцией.

Т80.3 Реакция на АВО-несовместимость: трансфузия несовместимой крови, реакция на инфузию или трансфузию крови, несовместимой по группе.

Т80.4 Реакция на Rh-несовместимость: реакция на инфузию или трансфузию крови, несовместимой по резус-фактору.

Т80.5 Анафилактический шок, связанный с введением сыворотки (*Исключены: шок вследствие патологической реакции на адекватно назначенное и правильно введенное лекарственное средство (Т88.6)*).

Т80.6 Другие сывороточные реакции: интоксикация, связанная с введением сыворотки, протеиновая болезнь, сывороточная: сыпь, болезнь, уртикария.

Т80.8 Другие осложнения, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией.

Т80.9 Осложнение, связанное с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией неуточненное (реакция на трансфузию без дополнительных уточнений).

Т81.0 Кровотечение и гематома, осложняющие процедуру, не классифицированные в других рубриках: кровотечение любой локализации, являющееся следствием процедуры.

81.1 Шок во время или после процедуры, не классифицированный в других рубриках: коллапс, шок (эндотоксический, гиповолемический, септический), послеоперационный шок).

Т81.2 Случайный прокол или разрыв при выполнении процедуры, не классифицированный в других рубриках: случайная перфорация кровеносного сосуда, нерва, органа катетером, эндоскопом, инструментом во время выполнения процедуры.

Т81.3 Расхождение краев операционной рамы, не классифицированное в других рубриках : расхождение краев операционной раны.

Т81.4 Инфекция, связанная с процедурой, не классифицированная в других рубриках: абсцесс: внутрибрюшной, шовный, поддиафрагмальный, раны; септицемия.

Т81.5 Инородное тело, случайно оставленное в полости тела или операционной ране при выполнении процедуры: спайки, закупорка, перфорация, вызванные инородным телом, случайно оставленным в операционной ране или полости тела.

Т81.6 Острая реакция на инородное вещество, случайно оставленное при выполнении процедуры: перитонит: асептический, химический.

Т81.7 Сосудистые осложнения, связанные с процедурой, не классифицированные в других рубриках: воздушная эмболия, связанная с процедурой.

Т81.8 Другие осложнения процедур, не классифицированные в других рубриках: осложнение ингаляционной терапии, эмфизема (подкожная) вследствие процедуры, незакрывающийся послеоперационный свищ.

Т82.0 Осложнение механического происхождения, связанное с протезом сердечного клапана: поломка (механическая), смещение, подтекание, неправильное положение, закупорка (механическая), перфорация, выпячивание (протрузия) протеза сердечного клапана.

Т88.0 Инфекция, связанная с иммунизацией: сепсис, септицемия, связанные с иммунизацией.

Т88.1 Другие осложнения, связанные с иммунизацией, не классифицированные в других рубриках: сыпь, связанная с иммунизацией.

Т88.3 Злокачественная гипертермия, вызванная анестезией.

Т88.4 Безуспешная или трудная интубация.

Т88.5 Другие осложнения анестезии: гипотермия, связанная с анестезией.

ИСКЛЮЧЕНИЯ:

Т88.2 - Шок, вызванный анестезией, при которой необходимый препарат был правильно введен.

Т88.6 Анафилактический шок, обусловленный патологической реакцией на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство.

Т88.7 Патологическая реакция (неблагоприятная, аллергическая) на лекарственное средство и медикаменты неуточненная – на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство.

2. Воздействие ядовитыми веществами (Х40-Х49): включены: неправильное назначение лекарственного средства.

Х40 Воздействие неопиоидными анальгетиками, жаропонижающими и противоревматическими средствами. Включены: производные 4-аминофенола нестероидные противовоспалительные средства производные пиразолона, салицилаты.

Х41 Воздействие противосудорожными, седативными, снотворными, противопаркинсоническими и психотропными средствами, не классифицированные в других рубриках. Включены: антидепрессанты барбитураты производные гидантоина иминостилбены соединения метаквалона нейролептики психостимуляторы сукцинимиды и оксазолидинедионы транквилизаторы.

Х42 Воздействие наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами]. Включены: кодеин, метадон, морфин опиум (алкалоиды)

Х43 Воздействие другими лекарственными средствами, влияющими на вегетативную нервную систему. Включены: парасимпатолитические [антихолинергические и антимускариновые средства] и спазмолитические средства парасимпатомиметические [холинергические] средства симпатолитические [антидренергические] средства симпатомиметические [адренергические] средства.

Х44 Воздействие другими и неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими субстанциями. Включены: средства, преимущественно влияющие на гладкую и скелетную мускулатуру и дыхательную систему, анестезирующие средства (общего действия) (местного действия), препараты, влияющие на: сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт гормоны и их синтетические заменители, системные и гематологические средства, антибиотики системного действия и другие противоинфекционные средства, газы терапевтического назначения, вакцины, вещества, влияющие на водный баланс, и лекарственные средства, влияющие на минеральный обмен и обмен мочевой кислоты.

3. Случайное нанесение вреда больному при выполнении терапевтических и хирургических вмешательств (Y60-Y69).



Y60 Случайный порез, укол, перфорация или кровотечение при выполнении хирургической и терапевтической процедуры.

Y60.0 Случайное нанесение вреда больному: порез, укол, перфорация или кровотечение при проведении хирургической операции.

Y60.1 Случайное нанесение вреда больному: порез, укол, перфорация или кровотечение при проведении инфузии и трансфузии.

Y60.2 Случайное нанесение вреда больному: порез, укол, перфорация или кровотечение при почечном диализе или другой перфузии.

Y60.3 Случайное нанесение вреда больному: порез, укол, перфорация или кровотечение при проведении инъекции или иммунизации.

Y60.4 Случайное нанесение вреда больному: порез, укол, перфорация или кровотечение при эндоскопическом исследовании.

Y60.5 Случайное нанесение вреда больному: порез, укол, перфорация или кровотечение при катетеризации сердца.

Y60.6 Случайное нанесение вреда больному: порез, укол, перфорация или кровотечение при аспирации жидкости или ткани, пункции и другой катетеризации.

Y60.7 Случайное нанесение вреда больному: порез, укол, перфорация или кровотечение при применении клизмы.

Y60.8 Случайное нанесение вреда больному: порез, укол, перфорация или кровотечение при проведении другой терапевтической или хирургической процедуры.

Y60.9 Случайное нанесение вреда больному: порез, укол, перфорация или кровотечение при проведении неуточненной терапевтической или хирургической процедуры.

Y61 Случайное нанесение вреда больному: случайное оставление инородного тела в организме при выполнении хирургической и терапевтической процедуры.



Y61.0 Случайное нанесение вреда больному: случайное оставление инородного тела в организме при проведении хирургической операции.

Y61.1 Случайное нанесение вреда больному: случайное оставление инородного тела в организме при проведении инфузии и трансфузии.

Y61.2 Случайное нанесение вреда больному: случайное оставление инородного тела в организме при почечном диализе или другой перфузии.

Y61.3 Случайное нанесение вреда больному: случайное оставление инородного тела в организме при проведении инъекции или иммунизации.

Y61.4 Случайное нанесение вреда больному: случайное оставление инородного тела в организме при эндоскопическом исследовании.

Y61.5 Случайное нанесение вреда больному: случайное оставление инородного тела в организме при катетеризации сердца.

Y61.6 Случайное нанесение вреда больному: случайное оставление инородного тела в организме при аспирации жидкости или ткани, пункции и другой катетеризации.

Y61.7 Случайное нанесение вреда больному: случайное оставление инородного тела в организме при удалении катетера или тампона.

Y61.8 Случайное нанесение вреда больному: случайное оставление инородного тела в организме при проведении другой хирургической или терапевтической процедуры.

Y61.9 Случайное нанесение вреда больному: случайное оставление инородного тела в организме при проведении неуточненной хирургической или терапевтической процедуры.

Y62 Случайное нанесение вреда больному: недостаточная стерильность при выполнении хирургических и терапевтических процедур.

Y62.0. Случайное нанесение вреда больному: недостаточная стерильность при выполнении хирургической операции.

Y62.1. Случайное нанесение вреда больному: недостаточная стерильность при проведении инфузии или трансфузии.

Y62.2. Случайное нанесение вреда больному: недостаточная стерильность при почечном диализе или другой перфузии.

Y62.3. Случайное нанесение вреда больному: недостаточная стерильность при проведении инъекции или иммунизации.

Y62.4. Случайное нанесение вреда больному: недостаточная стерильность при эндоскопическом исследовании.

Y62.5 Случайное нанесение вреда больному: недостаточная стерильность при катетеризации сердца.

Y62.6 Случайное нанесение вреда больному: недостаточная стерильность при аспирации жидкости или ткани, пункции и другой катетеризации.

Y62.8. Случайное нанесение вреда больному: недостаточная стерильность при проведении другой хирургической или терапевтической процедуры.

Y62.9 Случайное нанесение вреда больному: недостаточная стерильность при проведении неуточненной хирургической или терапевтической процедуры.

Y63 Случайное нанесение вреда больному: ошибочность дозировки при проведении хирургических и терапевтических процедур.

Y63.0 Случайное нанесение вреда больному: введение чрезмерного количества крови или другой жидкости во время трансфузии или инфузии.

Y63.1 Случайное нанесение вреда больному: неправильное разведение вводимой жидкости

Y63.2 Случайное нанесение вреда больному: передозировка при лучевой терапии.

Y63.3 Случайное нанесение вреда больному: случайное облучение больного при выполнении медицинской процедуры.

Y63.4 Случайное нанесение вреда больному: несоответствие дозировки при лечении электрошоком или инсулиновым шоком.

Y63.5 Случайное нанесение вреда больному: несоответствующая (чрезмерно высокая или чрезмерно низкая) температура при местной аппликации или наложении повязки.

Y63.6 Случайное нанесение вреда больному: неприменение необходимого лекарственного средства, медикамента или биологического вещества.

Y63.8 Случайное нанесение вреда больному: ошибочность дозировки во время других хирургических или терапевтических процедур.

Y63.9 Случайное нанесение вреда больному: ошибочность дозировки при проведении неуточненных хирургических и терапевтических процедур.

Y65 Случайное нанесение вреда больному: другие несчастные случаи во время оказания хирургической и терапевтической помощи.

Y65.0 Случайное нанесение вреда больному: Несовместимость перелитой крови.

Y65.1 Случайное нанесение вреда больному: использование для вливания ошибочно взятой жидкости.

Y65.2 Случайное нанесение вреда больному: дефект в наложении шва или лигатуры во время хирургической операции.

Y65.3 Случайное нанесение вреда больному: неправильное положение эндотрахеальной трубки при даче наркоза.

Y65.4 Случайное нанесение вреда больному: дефект введения или удаления другой трубки или инструмента.

Y65.5 Случайное нанесение вреда больному: выполнение операции, не соответствующей показаниям.

Y65.8 Случайное нанесение вреда больному: другие уточненные несчастные случаи во время оказания терапевтической и хирургической помощи.

Y66 Случайное нанесение вреда больному: непредоставление хирургической и терапевтической помощи, преждевременное прекращение хирургической и терапевтической помощи

Критерии ненадлежащего объема, качества и условий оказания медицинской помощи женщинам в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология»).

Критерии ненадлежащего объема, качества и условий оказания анестезиолого-реанимационной помощи в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Анестезиология и реаниматология».

Критерии ненадлежащего объема, качества и условий оказания анестезиолого-реанимационной помощи детям в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи детям по профилю «Анестезиология и реаниматология».

Критерии ненадлежащего объема, качества и условий оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Критерии ненадлежащего объема, качества и условий оказания медицинской помощи больным с ОНМК.

Критерии ненадлежащего объема и качества проведения патологоанатомических вскрытий.

Критерии ненадлежащего объема, качества и условий оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком.

Критерии ненадлежащего объема, качества и условий оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Нейрохирургия».

Критерии ненадлежащего качества медицинской помощи взрослому населению по профилю «Заболевания нервной системы».

Критерии ненадлежащего качества оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Онкология».

Критерии ненадлежащего качества медицинской помощи населению по профилю «Гастроэнтерология».

Критерии ненадлежащего качества оказания помощи взрослому населению в соответствие с Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Ревматология».

Критерии ненадлежащего качества оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Хирургия».

Критерии ненадлежащего качества медицинской помощи населению по профилю «Травматология и ортопедия».

Критерии оказания медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности

В отсутствие федерального определения и нормирования безопасности медицинской деятельности полагаем необходимым формулирование обычая делового оборота и обычно предъявляемых требований в здравоохранении по проблеме безопасности медицинской деятельности в двуединой системе государственного контроля и контроля системы ОМС в соответствии с нормами статьи 309 Гражданского Кодекса РФ:

1. Безопасность медицинской помощи (услуги, вмешательства) - отсутствие необоснованного риска при допущении обоснованного риска медицинского вмешательства, соответствующего номенклатуре медицинских услуг, выполняемого с диагностической или лечебной целью по показаниям в соответствии с имеющимся заболеванием, с учетом противопоказаний к вмешательству, в специально предусмотренном, нормируемом и приспособленном помещении специалистом, имеющим допуск к выполнению вмешательства на основании имеющихся у него документов об образовании и сертификата специалиста.

2. Риск в здравоохранении является не обоснованным и медицинская услуга признается не отвечающей требованиям безопасности при следующих обстоятельствах:

2.1. Рискованное медицинское вмешательство не предусмотрено номенклатурой медицинских услуг.

2.2. Рискованное медицинское вмешательство выполняется медицинским работником, не имеющим допуск к его выполнению: отсутствие у исполнителя документа об образовании и/или сертификата специалиста.

2.3. Рискованное медицинское вмешательство выполняется за пределами специально предусмотренного, нормируемого и приспособленного помещения.

2.4. Рискованное медицинское вмешательство выполняется с нарушением требований обязательного стандарта оснащения и оборудования специально предусмотренного помещения.

2.5. Рискованное действие осуществляют с пренебрежением достижения общественно полезной цели, т. е. сохранения жизни и здоровья пациента.

2.6. Применение конкретного метода диагностики или лечения осуществляется вне медицинских показаний к нему и/или при и наличии противопоказаний, в т.ч. по другим параметрам состояния здоровья пациента и сопутствующим заболеваниям.

2.7. Цель рискованного вмешательства может быть достигнута без риска другими вариантами вмешательств.

2.8. Риск развития ятрогенного осложнения, неблагоприятных последствий и смерти пациента при предлагаемом конкретном вмешательстве выше, чем риск развития неблагоприятного исхода без применения данного метода.

2.9. Наступление вредных последствий предлагаемого конкретного вмешательства неизбежно, а не лишь возможно.

2.10. Не использованы без положительного результата все менее опасные методы диагностики и лечения.

2.11. Врач не прогнозирует типичные возможные осложнения применяемого им метода и/или не предпринимает мер для их предотвращения, своевременного выявления и лечения.

2.12. Пациент не согласен на применение рискованных медицинских действий.



Современные юридические аспекты :

**о посещении родственниками пациентов в отделениях
реанимации и интенсивной терапии**

Актуальность

Президент России Владимир Путин по итогам "прямой линии", состоявшейся 14 апреля 2016 года поручил Минздраву России до 1 июля организовать возможность посещения родственниками пациентов, находящихся в реанимации. Тогда известный актер Константин Хабенский попросил В. Путина помочь обеспечить право родным и близким находиться рядом с ребенком в реанимации или палате интенсивной терапии.

The screenshot shows a web browser window displaying a news article from the Kremlin website. The browser tabs include "президент — Яндекс", "Прямая линия с Владимиром Путиным", "Lenta.ru", "Первый Междуна...", and "Международный". The address bar shows the URL "www.kremlin.ru/events/president/news/51716".

The article title is "Прямая линия с Владимиром Путиным". The text of the article reads: "В эфире телеканалов «Первый», «Россия 1», «Россия 24», радиостанций «Маяк», «Вести FM» и «Радио России» вышла 14-я специальная программа «Прямая линия с Владимиром Путиным»." The date and time are "14 апреля 2016 года 15:40 Москва".

Below the text is a large image of Vladimir Putin speaking at a podium. To the left of the main image is a smaller photo showing actor Konstantin Habenskiy speaking into a microphone, with a woman in a blue dress standing next to him. A tooltip over this photo reads: "20 из 29 Актер Константин Хабенский во время «Прямой линии» с Владимиром Путиным." Below the photo is a caption: "Из альбома к материалу Прямая линия с Владимиром Путиным 14 апреля 2016 года Москва".

At the bottom of the browser window, a navigation menu is visible with the following items: "Разделы сайта Президента России", "Информационные ресурсы Президента России", "Специальные проекты по защите животных", "Правовая и техническая информация", "События", "Президент России Текущий ресурс", "Амурский тигр", "О портале".

The Windows taskbar at the bottom shows several open applications: "Посещ ОРИТ ...pdf", "Пребыв Сов...pdf", "Программа ...docx", "Документ...", "Didakt", "New 4", "Прямая ли...", "Входящие...", "Програм...", "Документ...", "Посещ ОР...", "Посещ ОР...", "Consultant...", "Microsoft P...", "RU", and system icons for network, volume, and power. The system clock shows "13:19".

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПИСЬМО

от 9 июля 2014 г. N 15-1/2603-07



В связи с участвовавшими обращениями в Министерство здравоохранения Российской Федерации, связанными с отказами администрации медицинских организаций в посещении детей, находящихся в отделениях анестезиологии-реанимации, Департамент медицинской помощи детям и службы родовспоможения напоминает.

В соответствии с п. 3 статьи 51 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка.

Учитывая изложенное, просим принять необходимые меры по организации посещений родственниками детей, находящихся на лечении в медицинских организациях, в том числе в отделениях анестезиологии-реанимации.

Директор Департамента
Е.Н.БАЙБАРИНА

Закон РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»



Статья 6 «Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи».

«1. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем:

5) **установления требований к проектированию и размещению медицинских организаций с учетом соблюдения санитарно-гигиенических норм и обеспечения комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях;**

б) **создания условий, обеспечивающих возможность посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации с учетом состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации».**

Таким образом, возможность посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации отнесена к реализации основного принципа охраны здоровья - приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи (статья 4 Закона РФ № 323-ФЗ).

Нормами статьи 6 Закона РФ № 323-ФЗ реализация возможности посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации обусловлена двумя направлениями:



1. Установление требований к проектированию и размещению медицинских организаций с учетом соблюдения санитарно-гигиенических норм и обеспечения комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях;

Из первого направления реализации возможности посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации следует необходимость в ОРИТ:

- **боксирования**, т.е. создание отдельных помещений с целью обеспечения комфортных условий пребывания пациентов при условии соблюдения санитарно-гигиенических норм;

- **зонирования помещения легкими перемещаемыми (раздвижными) конструкциями, позволяющими разделить пребывание пациента и его родственника от других пациентов.**

2. Второе направление – это целенаправленная деятельность МО, направленная на реализацию возможности учета состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации, как условий, обеспечивающих возможность посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации.



2.1. Учет состояния пациента. Состояние пациента может быть условием, препятствующим посещению его родственником, кроме несовершеннолетнего до 15 лет. В виду установления возраста, дающего право на волеизъявление добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство, пациенты старше 15 лет при госпитализации и возможности волеизъявления сами определяют круг лиц, которые могут их посещать, для чего в медицинской карте стационарного больного определенные пациентом лица поименовываются.

Несовершеннолетние пациенты до 15 лет не могут изъявить права на отказ в посещении их законных представителей, родителей.

2.2. Ввиду наличия в части 2 статьи 20 Закона РФ № 323-ФЗ ограничения на изъявление добровольного информированного согласия одним из родителей следует ограничиться также возможностью посещения (пребывания) несовершеннолетнего **одним из родителей.**

(Справочно: «Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства. 2. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель»).

2.3. Состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в экстренной форме (неостановленное артериальное или профузное венозное кровотечение, гемо-пневмоторакс, проникающее ранение грудной или брюшной полости), **Т.К. В соответствии с нормой части 2 статьи 11 «Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи» Закона РФ № 323-ФЗ «2. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно. Отказ в ее оказании не допускается».**

В соответствии с нормой части 4 статьи 32 Закона РФ № 323-ФЗ «экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента», т.е. при состояниях пациента, требующих одновременного исполнения множества сложных врачебных манипуляций, что может быть ограничением в посещении (доступе) родственника к пациенту, за исключением случаев наличия у родственника специальной доверенности на присутствие при мероприятиях, направленных на спасение жизни пациента.

При наличии такой нотариальной (или заверенной руководителем МО) доверенности с лица, обладающего доверенностью, может быть взята подписка с обязательством не вмешательства в проведение самих медицинских манипуляций, и ответственностью за таковое вмешательство в соответствии с законодательством РФ.

Таким состояниями могут быть - угрожающие жизни состояния, отвечающие медицинским критериям тяжкого вреда, утвержденным приказом у Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 апреля 2008 г. N 194н, требующие безотлагательных множественных, рисковых разнонаправленных медицинских вмешательств **Cito!**:



«6.2. Вред здоровью, опасный для жизни человека, вызвавший расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью (далее - угрожающее жизни состояние):

- 6.2.1. шок тяжелой (III-IV) степени;*
- 6.2.2. кома II-III степени различной этиологии;*
- 6.2.3. острая, обильная или массивная кровопотери;*
- 6.2.4. острая сердечная и (или) сосудистая недостаточность тяжелой степени, или тяжелая степень нарушения мозгового кровообращения;*
- 6.2.5. острая почечная или острая печеночная, или острая надпочечниковая недостаточность тяжелой степени, или острый панкреонекроз;*
- 6.2.6. острая дыхательная недостаточность тяжелой степени;*
- 6.2.7. гнойно-септическое состояние: сепсис или перитонит, или гнойный плеврит, или флегмона;*
- 6.2.8. расстройство регионального и (или) органного кровообращения, приводящее к инфаркту внутреннего органа или гангрене конечности; эмболия (газовая, жировая, тканевая, или тромбоемболии) сосудов головного мозга или легких;*
- 6.2.9. острое отравление химическими и биологическими веществами медицинского и немедицинского применения, в том числе наркотиками или психотропными средствами, или снотворными средствами, или препаратами, действующими преимущественно на сердечно-сосудистую систему, или алкоголем и его суррогатами, или техническими жидкостями, или токсическими металлами, или токсическими газами, или пищевое отравление, вызвавшее угрожающее жизни состояние, приведенное в пунктах 6.2.1-6.2.8 Медицинских критериев;*
- 6.2.10. различные виды механической асфиксии; обезвоживание, истощение, перенапряжение организма, вызвавшие угрожающее жизни состояние, приведенное в пунктах 6.2.1-6.2.8 Медицинских критериев».*



Статья 32. Медицинская помощь

4. Формами оказания медицинской помощи являются:

.....1) **экстренная** - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

2) **неотложная** - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

Приложение к Приказу МЗ и СР РФ от 24 апреля 2008 г. N 194н

МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ

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

6. Медицинскими критериями квалифицирующих признаков в отношении тяжкого вреда здоровью являются:

6.1. Вред здоровью, опасный для жизни человека, который по своему характеру непосредственно создает угрозу для жизни, а также вред здоровью, вызвавший развитие угрожающего жизни состояния (далее - вред здоровью, опасный для жизни человека).

Вред здоровью, опасный для жизни человека, создающий непосредственно угрозу для жизни.

6.2. Вред здоровью, опасный для жизни человека, вызвавший расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью (далее - **угрожающее жизни состояние**).

Гуманитарность российского врачебного сообщества может проявиться в ограниченности времени посещения родственником пациента с угрожающим жизни состоянием, с целью сформировать у родственника устойчивое мнение о том, что для пациента делается все возможное, использованы все материальные ресурсы и нематериальные профессиональные и эмоциональные ресурсы самих врачей.

Таким образом, создается репутация и положительный PR.

2.4 Состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной форме, имеющее период своевременности начала ее оказания во временном интервале двух часов, позволяет предоставить кратковременную возможность посещения пациента.

2.5. Состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в плановой форме, позволяет предоставить неограниченную возможность посещения пациента.

2.6. Ряд хронических состояний пациента (временное, персистирующее вегетативное состояние) могут быть требованием для обязательности организации посещения родственниками пациента с целью улучшения его состояния, улучшения эмоционального фона, школы ухода и формирования навыков у родственников.

3. Учет соблюдения противоэпидемического режима требует от медицинского персонала обеспечить в отношении родственников исполнение требований по использованию санитарного пропускника и средств индивидуальной противоиной защиты. С этой целью в МО  **издается** локальный нормативный акт, в котором указывается режим пользования родственниками санитарного пропускника и порядок обеспечения их средствами индивидуальной защиты.

При наличии карантинных мероприятий в МО допуск (посещение) ограничивается в соответствии с законодательством и санитарно-эпидемиологическим благополучием населения,

4. Учет интересов иных лиц, работающих в медицинской организации, реализуется в обеспечении допуска этих лиц к пациенту с целью своевременного и полноценного оказания медицинской помощи, т.е. фактически при состояниях, представляющих угрозу жизни пациенту.

5. Учет интересов иных лиц, находящихся в медицинской организации, требует зонирования помещений с целью разграничения пространства, в которых находятся разные пациенты.

Одновременно учет интересов иных лиц, находящихся в медицинской организации, **требует разъяснительных мер** о том, что соблюдение прав родителей на посещение их ребенка в ОРИТ является ограничением прав другого ребенка, находящегося в ОРИТ, на нахождение в присутствии посторонних людей. Разъяснительные меры должны выработать у родителей (родственников) мотивацию к самоограничению, т.к. их ребенок также может оказаться в ситуации, при которой его права будут нарушены посещением ОРИТ посторонними для него людьми.

6. Важнейшими (с точки зрения профилактики нанесения вреда жизни и здоровью пациента) в организации возможности посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации должны быть мероприятия:

- не допускающие участия родственников к оказанию медицинской помощи, исполнению медицинских манипуляций, в т.ч. кормление пациентов, отнесенное к диетотерапии;
- организующие дополнительный контроль (видеоканал) со стороны медработников на недопущение участия родственников к исполнению медицинских манипуляций.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
ПИСЬМО**



.....от 30 мая 2016 г. N 15-1/10/1-2853.....

Во исполнение пункта 2 перечня поручений Президента Российской Федерации В.В. Путина по итогам специальной программы "Прямая линия с Владимиром Путиным" 14 апреля 2016 г. Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет разработанные внештатными специалистами Министерства здравоохранения Российской Федерации и специалистами федеральных государственных медицинских учреждений информационно-методическое письмо «О правилах посещения родственниками пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии (реанимации)» и Форму памятки для посетителей, с которой они должны ознакомиться перед посещением своего родственника в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), для неукоснительного исполнения.

И.Н.КАГРАМАНЯН

**ВЫХОД: локальный нормативный акт в медорганизации:
«О ПРАВИЛАХ ПОСЕЩЕНИЯ РОДСТВЕННИКАМИ ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИИ
РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ»**

МИНЗДРАВ РОССИИ : «О ПРАВИЛАХ ПОСЕЩЕНИЯ РОДСТВЕННИКАМИ ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИЯХ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ»



Посещения родственниками пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии разрешается при выполнении следующих условий:

1. Родственники не должны иметь признаков острых инфекционных заболеваний (повышенной температуры, проявлений респираторной инфекции, диареи). Медицинские справки об отсутствии заболеваний не требуются.

Комментарий: ответственность за ВБИ будет нести медперсонал.

2. Перед посещением медицинскому персоналу необходимо провести с родственниками **краткую беседу** для разъяснения необходимости сообщить врачу о наличии у них каких-либо инфекционных заболеваний, психологически подготовить к тому, что посетитель увидит в отделении.

3. Перед посещением отделения посетитель должен снять верхнюю одежду, надеть бахилы, халат, маску, шапочку, тщательно вымыть руки. Мобильный телефон и другие электронные устройства должны быть выключены.

4. Посетители в состоянии алкогольного (наркотического) опьянения в отделение не допускаются.

5. Посетитель обязуется соблюдать тишину, не затруднять оказание медицинской помощи другим пациентам, выполнять указания медицинского персонала, не прикасаться к медицинским приборам.

ПОСЕЩЕНИЯ РОДСТВЕННИКАМИ ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИЯХ
РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ



..... 6. Не разрешается посещать пациентов детям в возрасте до 14 лет.

7. Одновременно разрешается находиться в палате не более чем двум посетителям.

8. Посещения родственников не разрешаются во время проведения в палате инвазивных манипуляций (интубация трахеи, катетеризация сосудов, перевязки и т.п.), проведения сердечно-легочной реанимации.

В Приказ: перечень.

9. Родственники могут оказывать помощь медицинскому персоналу в уходе за пациентом и поддержании чистоты в палате только по личному желанию и после подробного инструктажа.

ЗАПИСЬ о том, что разрешено и об инструктаже В МЕДОКУМЕНТАЦИИ

10. В соответствии с Федеральным Законом № 323-ФЗ, медицинскому персоналу следует обеспечить защиту прав всех пациентов, находящихся в отделении реанимации (защита персональной информации, соблюдение охранительного режима, оказание своевременной помощи).

КАК?

Рекомендуемая форма памятки для посетителей, с которой они должны ознакомиться перед посещением своего родственника в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ)



Уважаемый посетитель!

Ваш родственник находится в нашем отделении в тяжелом состоянии, мы оказываем ему всю необходимую помощь. Перед посещением родственника просим Вас внимательно ознакомиться с этой памяткой. Все требования, которые мы предъявляем к посетителям нашего отделения, продиктованы исключительно заботой о безопасности и комфорте пациентов, находящихся в отделении.

1. Ваш родственник болен, его организм сейчас особенно восприимчив к инфекции. Поэтому, если у Вас имеются какие-либо признаки заразных заболеваний (насморк, кашель, боль в горле, недомогание, повышение температуры, сыпь, кишечные расстройства), не заходите в отделение - это крайне опасно для Вашего родственника и других пациентов в отделении. Сообщите медицинскому персоналу о наличии у Вас каких-либо заболеваний для решения вопроса о том, не представляют ли они угрозу для Вашего родственника.

2. Перед посещением ОРИТ надо снять верхнюю одежду, надеть бахилы, халат, маску, шапочку, тщательно вымыть руки.

3. В ОРИТ не допускаются посетители, находящиеся в алкогольном (наркотическом) опьянении.

4. В палате ОРИТ могут находиться одновременно не более 2-х родственников, дети до 14 лет к посещению в ОРИТ не допускаются.

Рекомендуемая форма памятки для посетителей, с которой они должны ознакомиться перед посещением своего родственника в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ)



5. В отделении следует соблюдать тишину, не брать с собой мобильных и электронных устройств (или выключить их), не прикасаться к приборам и медицинскому оборудованию, общаться с Вашим родственником тихо, не нарушать охранительный режим отделения, не подходить и не разговаривать с другими пациентами ОРИТ, неукоснительно выполнять указания медицинского персонала, не затруднять оказание медицинской помощи другим больным.

(Не вмешиваться в оказание медицинской помощи, не выполнять медицинских вмешательств)

6. Вам следует покинуть ОРИТ в случае необходимости проведения в палате инвазивных манипуляций. Вас об этом попросят медицинские работники.

7. Посетители, не являющиеся прямыми родственниками пациента, допускаются в ОРИТ только в сопровождении близкого родственника (отца, матери, жены, мужа, взрослых детей).

С памяткой ознакомился. Обязуюсь выполнять указанные в ней требования.

ФИО _____ Подпись _____

Степень родства с пациентом (подчеркнуть) отец мать сын дочь муж жена иное _____

Дата _____

Статья 401. Основания ответственности за нарушение обязательства

1. Лицо, не исполнившее обязательства либо исполнившее его ненадлежащим образом, несет ответственность при наличии вины (умысла или неосторожности), кроме случаев, когда законом или договором предусмотрены иные основания ответственности.

Лицо признается невиновным, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательства и условиям оборота, оно приняло все меры для надлежащего исполнения обязательства.

2. Отсутствие вины доказывается лицом, нарушившим обязательство.

Статья 1095. Основания возмещения вреда, причиненного вследствие недостатков товара, работы или услуги

Вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу гражданина либо имуществу юридического лица вследствие конструктивных, рецептурных или иных недостатков услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации об услуге, подлежит возмещению лицом, оказавшим услугу (исполнителем), независимо от их вины и от того, состоял потерпевший с ними в договорных отношениях или нет.

Иной недостаток услуги – недостаточный контроль за действиями

родственников при посещении ими пациента в ОРИТ.

Причинно-следственные связи в судебной медицине

Федченко, Т. М. (2004)



В основе оценки результатов, полученными любыми научными методами, лежат все четыре закона диалектической логики:

- закон тождества,
- закон непротиворечия,
- закон исключения третьего,
- закон достаточного основания.

Каждое положение, вывод, выдвигаемый тезис в научных и практических судебно-медицинских исследованиях должны быть аргументированы, мотивированы, обоснованы в соответствии со следующими логическими правилами:

- тезис должен быть сформулирован четко и ясно;
- формулировка тезиса должна быть постоянной на протяжении всего доказательства;
- аргументы должны быть истинными, доказанными и не противоречащими друг другу, независимыми от тезиса.

Причинно-следственные связи в судебной медицине: содержание, способы выявления и значение при механической травме (Хрусталева Ю.А. , 2011)

1. Для полноценной и научно-обоснованной характеристики образования травмы и возможного (в случае переживания) посттравматического периода, классификация видов причин применительно к механической травме, заканчивающейся летальным исходом, должна предусматривать:
 - выделение действующей причины, следствием которой является травма;
 - характеристику причины по достаточности частей, образующих определенное следствие (полная, неполная);
 - рассмотрение полной причины по количеству частей образующих следствие (простая, сложная), по отношению к структуре организма (целая, частичная);
 - подразделение полной сложной причины по сочетанию частей, образующих следствие (соединение одновидовых, разновидовых компонентов).
2. Для рассмотрения связи возможных (от момента возникновения травмы до наступления летального исхода) причин со своим следствием в практике судебной медицины целесообразно использовать понятие причинно-следственной зависимости, с выделением в ее классификации групп: а) характеризующей образование травмы (механогенез); б) характеризующей посттравматический процесс (патогенез).
- 3. Критерии прямой (необходимой) причинно-следственной связи между явлениями при механической травме, заканчивающейся летальным исходом и приводящей к смерти, критерии не прямой (случайной) причинно-следственной связи между явлениями в случаях наступления смерти (прочего исхода) при механической травме, разработанные на основе признаков причинности, позволяют устанавливать вид причинной связи.
- 4. Технология экспертного исследования по установлению признаков причинной связи между механической травмой и смертью пострадавших, включающая последовательность, продолжительность действий экспертов, контрольную точку, проверку правильности результатов, позволяет судебно-медицинским экспертам эффективно решать в интересах судебно-следственных органов задачи по определению причинной связи механической травмы с летальным исходом.

Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи

Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. (1999)



Практически всеми авторами подчеркиваются отсутствие в экспертной практике единого подхода к установлению причинно-следственных отношений, противоречия во взглядах на теоретические и практические аспекты решения этой проблемы, что может выражаться в необъективности и неполноте экспертных заключений при оценке медпомощи.

Прямая связь, имеющая уголовно-правовое значение, - это объективно существующая связь с последствием, когда деяние -

- предшествует по времени следствию;

- является главным его условием;

- создает реальную возможность его наступления,

а последствие с неизбежностью (а не случайно) вытекает именно из этого деяния (Уголовное право России. Учебник для ВУЗов, т. I. Общая часть. - М.: Норма. - 1998. - С. 153).

Авторы сделали выводы:

1. В выводах СМЭ часто наблюдается неоднозначность определений при установлении признаков опосредованной связи. Это может объясняться:



- неопределенностью границ понятия "косвенная связь";
- неуверенностью экспертов в сопоставимости экспертных и юридических представлений об этом виде связей, приблизительным знанием о возможных юридических последствиях при точном обозначении этого вида связи в выводах;
- сложностью оценки и изменчивостью реакций биологических объектов вообще, а процесса оказания помощи особенно.

2. Как следует из анализа литературы, юридически значимой для наступления ответственности является только прямая связь, а юридически безразличной считается косвенная (случайная) связь. Это согласуется с представлениями о косвенной связи в медицине и делает вполне обоснованным употребление термина "косвенная связь" для обозначения опосредованной связи между ОМП и неблагоприятным исходом, наступление которого происходит при действии комплекса сопутствующих условий.

Практическое значение для судебно-медицинской дифференцировки прямой и косвенной связей должны иметь следующие критерии:

- объективные факторы ненадлежащего оказания МП и неблагоприятного исхода;
- субъективные препятствия ОМП со стороны больного;
- степень соблюдения стандартов МП применительно к данному ЛПУ;
- степень соблюдения общепринятых медицинских правил и рекомендаций;
- степень соблюдения соответствующих нормативных документов;
- сопоставление результатов ОМП в разных ЛПУ или разными врачами - при неоднократных обращениях для оказания помощи.

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН от 31 мая 2001 года N 73-ФЗ
О ГОСУДАРСТВЕННОЙ СУДЕБНО - ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**



Статья 4. Принципы государственной судебно - экспертной деятельности

Государственная судебно - экспертная деятельность основывается на принципах законности, соблюдения прав и свобод человека и гражданина, прав юридического лица, а также независимости эксперта, **объективности, всесторонности и полноты исследований**, проводимых с использованием современных достижений науки и техники.

Статья 8. Объективность, всесторонность и полнота исследований

Эксперт проводит исследования объективно, на строго научной и практической основе, в пределах соответствующей специальности, всесторонне и в полном объеме.

Заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных.

ПРИКАЗ МЗ и СР РФ
от 12 мая 2010 г. N 346н



ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА
ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ
ЭКСПЕРТИЗ

В ГОСУДАРСТВЕННЫХ СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

29. Заключение эксперта в обязательном порядке содержит выводы по поставленным вопросам и их обоснование.

Выводы должны содержать оптимально краткие, четкие, недвусмысленно трактуемые и обоснованные ответы на все поставленные перед экспертом вопросы и установленные в порядке его личной инициативы значимые для дела результаты экспертизы.

При формулировке выводов допускается объединение близких по смыслу вопросов и изменение их последовательности без изменения первоначальной формулировки вопроса. В выводах, при ответах на вопросы, выходящие за пределы своих специальных познаний, эксперт отвечает мотивированным отказом. В необходимых случаях указывают причины невозможности решения отдельных вопросов, в том числе в полном объеме.



Ятрогения — это осложнение основного заболевания или сама первоначальная причина смерти, вызванная ошибочными или неадекватными действиями врача, либо заболевания, патологические процессы, необычные реакции, обусловленные медицинским воздействием в ходе обследования больных, выполнения диагностических и профилактических процедур (В. В. Некачалов, 1998).

Ятрогении I категории - патологические процессы и реакции, патогенетически не связанные с основным заболеванием или его осложнениями и не играющие существенной роли в танатогенезе.

Ятрогении II категории - патологические процессы, реакции и осложнения, обусловленные медицинскими воздействиями, выполненными правильно и по обоснованным показаниям. Ятрогении этой категории не имеют прямой патогенетической связи с основным заболеванием или его осложнениями и не всегда могут быть четко отграничены от осложнений, связанных с индивидуальными особенностями и состоянием пациента.

Ятрогении III категории - патологические процессы, обусловленные неадекватными, ошибочными или неправильными медицинскими воздействиями, явившиеся причиной смерти. Они оцениваются в диагнозе как первоначальная причина смерти (основное заболевание).



Утверждаю

Президент Российского общества

патологоанатомов,

директор ГУ НИИ морфологии человека РАМН,

чл.-корр. РАМН,

Л.В. Кактурский

Утверждаю

Руководитель Федеральной службы

по надзору в сфере

и социального развития,

чл.-корр. РАМН, профессор

Р.У.Хабриев

здравоохранения

ПРАВИЛА ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА
Часть 2 ЯТРОГЕНИИ
(ПАТОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ)

М.А. Пальцев, Г.Г. Автандилов, С.Л. Воробьев, О.В. Зайратьянц, Л.В. Кактурский, В.Л. Коваленко, Г.Б. Ковальский, ОД Мишнев, е.Л. Никонов, Н.И. Полянко, М.Г. Рыбакова, В.Н. Кокшаров

© Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития

©Научно-исследовательский институт морфологии человека РАМН

О АНО «Система добровольной сертификации патологоанатомических исследований», 2006

Москва

2006

Дефекты оказания медицинской помощи — неудовлетворительный результат или недостаток в поставке услуг здравоохранения пациенту/потребителю, или нарушение соответствия учрежденной системе менеджмента качества и другим процедурам (международный стандарт ИСО 9001:2000, система менеджмента качества в сфере медицинских услуг).



Ятрогения - это групповое понятие, объединяющее все разнообразие неблагоприятных последствий (нозологические формы, синдромы, патологические процессы) любых медицинских воздействий на больного, независимо от правильности их исполнения. По своей сущности ятрогении являются вариантом дефектов оказания медицинской помощи.

Причины развития ятрогенных патологических процессов по МКБ-10:

1. Ятрогении, связанные с лечением: - лекарственные; - хирургические; - обусловленные другими методами лечения.
2. Ятрогении, связанные с наркозом и анестезией.
3. Ятрогении, связанные с диагностическими мероприятиями.
4. Ятрогении, связанные с профилактическими мероприятиями.
5. Ятрогении, связанные с косметическими мероприятиями. 6. Прочие ятрогении.

В рубриках «Основное заболевание», «Комбинированное основное заболевание», «Полипатия» (на 1-м месте в структуре комбинированного основного заболевания или полипатии) указываются ятрогенные патологические процессы, игравшие существенную роль в танатогенезе, возникшие при клинико-морфологически доказанных:

- передозировке, неправильном (ошибочном, не по показаниям, с недоучетом индивидуальных особенностей больного) назначении лекарственного средства;
- непрофессионально (с ошибками, не по показаниям, с недоучетом особенностей больного и т.д.) выполненном диагностическом или лечебном мероприятии;
- случаях смерти: от анафилактического шока; во время наркоза и анестезии; в результате профилактических медицинских мероприятий; в результате косметических медицинских мероприятий.

Ятрогенная патология

Трактовка этих случаев должна быть различна в зависимости от степени обоснованности и качества проведенных медицинских мероприятий.



В случаях когда смертельные осложнения наступили после обоснованных и правильно проведенных медицинских мероприятий или после манипуляций и хирургических операций на патологически измененных тканях, они должны трактоваться только как смертельные осложнения основного заболевания, по поводу которого эти мероприятия были проведены.

В отличие от указанных ситуаций **основным заболеванием** (первоначальной причиной смерти) считают:

- **дачу лекарств не по назначению или в повышенных дозах, когда интоксикация сама по себе явилась причиной смерти;**
- **непрофессиональное проведение профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, послуживших причиной смерти (с нарушением медицинской технологии);**
- **неблагоприятные результаты лечебных мероприятий, связанных с грубыми непрофессиональными действиями.**

В патологоанатомическом диагнозе первоначальной причиной смерти от наркоза (основное заболевание) при наличии определенной нозологической единицы, по поводу которой производилось оперативное вмешательство (или по ошибочному диагнозу), на первое место выносят **признаки наркозной смерти только при достоверно установленных комиссией фактах, таких как:**

- **нарушение техники ведения наркоза (повторные интубации, несоответствие дыхательных путей интубационной трубке, недостаточная герметизация дыхательных путей, травматизация верхних дыхательных путей, ошибочное введение трубки в пищевод и др.);**
- **недостаточная или чрезмерная премедикация;**
- **неправильное соотношение компонентов наркоза (избыток наркотического вещества при недостатке кислорода и т.д.);**
- **наличие повышенной или извращенной чувствительности к наркотическому средству.**

Риск ятрогенных осложнений, по данным современной литературы, считается обоснованным при выполнении следующих условий:



- 1. Рискованное действие осуществляют для достижения общественно полезной цели, т. е. сохранения жизни и здоровья пациента.**
- 2. Применение данного метода диагностики или лечения показано.**
- 3. Цель не может быть достигнута без риска.**
- 4. Риск развития ятрогенного осложнения меньше, чем риск неблагоприятного исхода без применения данного метода.**
- 5. Наступление вредных последствий лишь возможно, но не неизбежно.**
- 6. Используются без положительного результата все менее опасные методы диагностики и лечения.**
- 7. Врач предвидит возможные осложнения применяемого метода и предпринимает меры для их предотвращения, своевременного выявления и лечения.**
- 8. Пациент должен быть согласен на применение рискованных медицинских действий.**

ПРАВИЛА СОПОСТАВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ



Понятия «совпадение» или «расхождение» клинического и патологоанатомического диагнозов применимы только для сличения их рубрик «Основное заболевание» (первоначальная причина смерти).

При сопоставлении диагнозов учитывается только тот клинический диагноз, который вынесен на титульный лист истории болезни или указан как заключительный в амбулаторной карте умершего.

Сличение диагнозов по другим рубрикам, в частности по осложнениям, смертельному осложнению (непосредственной причине смерти), основным сопутствующим заболеваниям, проводится отдельно и представляет собой самостоятельный анализ. При несовпадении этих рубрик расхождение диагнозов не фиксируется, а только указывается дополнительно, например, в клинико-анатомическом эпикризе: диагнозы совпали, но не распознано смертельное осложнение (или важнейшее сопутствующее заболевание).

Расхождением диагнозов следует считать несовпадение любой нозологической единицы из рубрики основного заболевания:

- по ее сущности и наличию (наличие в клиническом диагнозе иной нозологической формы (гипердиагностика), или отсутствие данной нозологической формы (гиподиагностика),
- по локализации (в том числе в пределах одного органа, такого как желудок, кишечник, легкие, головной мозг, матка с ее шейкой, почки, поджелудочная железа, сердце и др.),
- по этиологии, характеру патологического процесса (например, по характеру инсульта — ишемический инфаркт или внутримозговое кровоизлияние).

ИНСТРУКТИВНОЕ ПИСЬМО

ПРИНЦИПЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ С ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

УТВ. Комитетом по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга 02.03.1999

Ятрогенные заболевания - патологические процессы, состояния, необычные реакции, возникновение которых однозначно обусловлено медицинским воздействием в ходе обследования, лечения больных, выполнения диагностических и профилактических процедур. Ятрогенная патология должна регистрироваться (кодироваться) в диагнозах в соответствии с требованиями МКБ-10.

Целесообразно выделение трех категорий ятрогений в зависимости от их значения в течение заболевания, его исходов, места в пато- и танатогенезе.

Ятрогении I категории - патологические процессы, реакции, осложнения, патогенетически не связанные с основным заболеванием (первоначальной причиной смерти) и не играющие существенной роли в течении болезни. В диагнозе ятрогении I категории занимают место сопутствующего заболевания (послеинъекционные абсцессы, лекарственные сыпи, реанимационные переломы ребер и т.д.).

Ятрогении II категории - это патологические процессы, реакции, осложнения, обусловленные медицинским воздействием, проведенным по обоснованным показаниям и выполненным правильно. Ятрогении II категории не всегда могут быть четко отграничены от осложнений, связанных с индивидуальными особенностями и состоянием конкретного больного (тяжелые, нередко смертельные, осложнения, обусловленные высоким хирургическим риском или технической сложностью инструментального или оперативного вмешательства; наличие тяжелой сопутствующей или фоновой патологии, возрастные изменения, иммунодефицит и т.д.).

Ятрогении III категории - это патологические процессы, необычные смертельные реакции, в том числе обусловленные неадекватными, ошибочными или неправильными медицинскими воздействиями, явившиеся непосредственной причиной летального исхода (гемотрансфузионные и анафилактические шоки, инструментальные перфорации полых органов или крупных сосудов, смертельные интраоперационные кровотечения, обусловленные повреждениями сосудов, воздушные эмболии при инструментальном воздействии, достоверно установленные "наркозные" смерти и т.д.).

Ятрогении III категории в соответствии с классификацией причин смерти ВОЗ должны трактоваться как основное заболевание (первоначальная причина смерти) и стоять во главе диагноза. Заболевания, по поводу которых были предприняты медицинские мероприятия, могут приводиться в диагнозах в качестве второго основного патологоанатомического диагноза.

Приложение N 7 к приказу Министерства здравоохранения СССР от 4 апреля 1983 г. N 375
ПОЛОЖЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИКО -
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ КОНФЕРЕНЦИЙ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
УЧРЕЖДЕНИЯХ



1. Основные задачи клинико-патологоанатомических конференций:

б) выявление причин и источников ошибок в диагностике и лечении на всех этапах медицинской помощи, недостатков организационного характера, своевременности госпитализации, выявление недостатков в работе вспомогательных служб (рентгенологической, лабораторной, функциональной диагностики и т.д.);

2. На клинико-патологоанатомической конференции обсуждаются:

- а) все случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов;
- д) случаи смерти больных после хирургических, диагностических и терапевтических вмешательств, особенно тех больных, которые были госпитализированы по экстренным показаниям.
- ж) случаи запоздалой диагностики, трудные для диагностики заболевания, неясные случаи, требующие совместного обсуждения.

4. Клинико-патологоанатомическая конференция должна установить категорию расхождения клинического и анатомического диагнозов, руководствуясь при этом следующими положениями:

I - заболевание не было распознано на предыдущих этапах, а в данном лечебно - профилактическом установление правильного диагноза было невозможно из-за тяжести состояния больного, распространенности патологического процесса, кратковременности пребывания больного в данном учреждении.

II - заболевание не было распознано в данном лечебном учреждении в связи с недостатками в обследовании больного, отсутствием необходимых и доступных исследований; при этом следует учитывать, что правильная диагностика не обязательно оказала бы решающее влияние на исход заболевания, но правильный диагноз мог и должен был быть поставлен;

III - неправильная диагностика повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, что сыграло решающую роль в смертельном исходе.

К причинам дефектов относят:



- 1. Невнимательное отношение к больному: - отсутствие динамического наблюдения за больным; - отсутствие контроля за проведением назначенного лечения (манипуляций).**
- 2. Нарушение деонтологических принципов в отношениях с больным.**
- 3. Недостаточная квалификация медицинского работника: - низкий уровень клинического мышления врача; - неумение формулирования на основании клинических данных правильного диагноза; - недостаточный уровень профессиональной (специальной) подготовки, включая малый клинический опыт и незнание возможных последствий конкретных методов диагностики и лечения; - незнание требований нормативных документов (приказов, инструкций, рекомендаций и т.д.).**
- 4. Позднее обращение за медицинской помощью.**
- 5. Недостатки в организации профилактических, диагностических и лечебных мероприятий: - непроведение активного выявления больных; - отсутствие необходимых средств диагностики или лечения; - многоэтапность при лечении больных; - устранение врача от осмотра и лечения больных; - несоблюдение регламентированной системы диагностики (неполноценное обследование); - несоблюдение регламентированной системы лечения; - непроведение необходимых консультаций специалистов; - невыполнение рекомендаций консультантов; - несоблюдение больными лечебного режима; - отсутствие преемственности в обследовании и лечении.**
- 6. Объективные трудности в проведении лечебно-профилактических мероприятий: - сложные условия оказания помощи; - молниеносная форма или атипичное течение болезни (осложнения); - алкогольное (токсическое, медикаментозное, наркотическое) опьянение больного; - значительные топографо-анатомические изменения органов и тканей; - крайне тяжелое состояние больного; - ограниченные пределы диагностических возможностей; - кратковременность пребывания больного в лечебном учреждении; - перегрузка лечебного учреждения больными.**

Дефекты оказания хирургической помощи



I. Диагностические дефекты, связанные со следующими причинами: 1) недоучет жалоб больного, анамнестических данных и профессии; 2) недостаточное обследование больного; 3) объективная трудность исследования (тяжелое, бессознательное состояние больного); 4) недоучет клинических данных; 5) недооценка или переоценка данных лабораторных, инструментальных и рентгенологических исследований или невозможность их производства; 6) переоценка или недооценка диагноза консультантов или невозможность проведения консультации или консилиумов; 7) неправильное оформление и построение диагноза; 8) прочие причины (редкость заболевания и др.).

Для предупреждения диагностических дефектов необходимо: 1. Внимательно относиться к любой жалобе больных, критически анализируя и стремясь найти объяснение ей в объективных данных заболевания и в последующем течении болезни. 2. Методически и последовательно собирать анамнез жизни и заболевания, обращая особое внимание на время и последовательность появления и развития симптомов, на соответствие анамнестических данных с результатами объективного исследования больного. 3. Методически и последовательно производить объективное клиническое исследование больного, используя все доступные вспомогательные методы обследования (рентгеновские, лабораторные, инструментальные методы и др.), тщательно и критически анализируя полученные данные с учетом динамики заболевания и последующего наблюдения за больным. 4. Во всех неясных и сомнительных случаях прибегать к консультациям более опытных коллег и к врачебным консилиумам.

II. Лечебно-тактические дефекты (20-25% всех хирургических дефектов): несвоевременное направление больного к хирургу; неправильное определение показаний к операции или неправильный выбор времени для ее производства; неправильное определение способа и объема хирургического вмешательства, без учета состояния больного и возможностей хирурга; выбор метода операции, не показанного или не приемлемого для данного больного; недооценка общего состояния больного при правильном диагнозе имеет место.

Для предупреждения лечебно-тактических дефектов необходимо: 1. Знание наиболее рациональных и эффективных современных методов хирургического лечения и показаний к их применению. 2. Разработка в каждом хирургическом учреждении общих, конкретных и частных тактических установок в отношении лечения и, в первую очередь, наиболее частых форм заболеваний. В более редких или сложных случаях лечебная тактика должна определяться наиболее опытными хирургами с широким использованием консультаций и консилиумов. 3. Строгое и последовательное выполнение всем персоналом хирургического учреждения выработанной тактики в отношении лечения каждого конкретного больного.

III. Лечебно-технические дефекты: дефекты при инструментальных методах исследования, при выполнении оперативного доступа (например, малые разрезы) и при дальнейших манипуляциях на органах и тканях, ошибки при использовании новой хирургической техники (лапароскопия), а также оставление инородных тел в ранах и полостях.

Для предупреждения лечебно-технических дефектов необходимо: 1. Тщательное и детальное изучение хирургической анатомии и оперативной хирургии. 2. Предварительное и настойчивое изучение техники различных методов инструментального исследования и особенно оперативных вмешательств на трупах и животных. 3. Тщательное продумывание всех технических подробностей предстоящего оперативного вмешательства. 4. Внимательное выполнение всех технических деталей той или иной операции.

IV. Организационные дефекты: недостаточное оснащение и оборудование хирургических учреждений; отсутствие или неполноценность анестезиологической службы; недостаточная квалификация медицинских кадров и неправильная их расстановка; плохой контроль за операционно-перевязочным блоком; отсутствие круглосуточной готовности хирургического стационара к оказанию неотложной хирургической помощи (включая и реанимацию); задержка с осмотром и операцией у больного, нуждающегося в экстренной помощи; организационные дефекты в проведении дооперационной подготовки больного, при производстве самой операции, в ведении послеоперационного периода; дефекты в организации службы крови и многие другие.

Для предупреждения организационных ошибок необходимо: изучить и знать современные требования к организации хирургической помощи и работы в учреждениях хирургического профиля разного масштаба и объема деятельности.

V. Дефекты в ведении медицинской документации: нарушение соответствующих приказов и инструкций по ведению первичной медицинской документации, отсутствие или неправильное оформление добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него и др.



Для предупреждения ошибок в ведении медицинской документации необходимо: 1. Точное знание официальных требований, предъявляемых к медицинской документации. 2. Своевременное и качественное выполнение этих требований. 3. Объективное, т. е. достоверное, ведение всех записей, касающихся каждого больного и основанных на несомненных и подлинных фактах. Всякое исправление в медицинских документах должно быть специально оговорено.

VI. Деонтологические дефекты. В последние годы ряд судебных исков связаны именно с деонтологическими дефектами, когда в случае смерти пациента или роженицы персонал учреждения здравоохранения вместо того, чтобы сразу же провести беседу с родственниками, закрывают перед ними двери, отказывают в ознакомлении с медицинской документацией. В такой ситуации родственники, как правило, начинают подозревать врачей в нарушении правил оказания медицинской помощи и причинении смерти по неосторожности. Такая модель поведения врачей приводит к возникновению претензий даже в тех случаях, когда смерть пациента абсолютно не связана с дефектами оказания медицинской помощи.

Казарян В.М. (2008) проанализировал и изучил:



- 1) 1340 медицинских карт стационарных больных,**
- 2) 106 заключений комплексных СМЭ, проведенных на кафедре судебной медицины МГМСУ и отделении комплексной судебно-медицинской экспертизы по гражданским и уголовным «врачебным делам» по ургентной хирургии Бюро СМЭ Департамента здравоохранения г. Москвы,**
- 3) 195 заключений экспертных карт летальных исходов.**

**КЛИНИЧЕСКОЕ, МЕДИКО-ПРАВОВОЕ И ЭКСПЕРТНОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОШИБОК
И НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ В УРГЕНТНОЙ
АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ И МЕРЫ ИХ
ПРОФИЛАКТИКИ**



Наименование дефекта ведения медицинской карты	Частота встречаемости			
	1998 – 2003г. 850 мед. карт		2004-2007г. 490 мед. карт	
	Абс.	%	Абс.	%
1. Сокращения в записях медицинской карты	248	29,2%	77	15,7%
2. Исправления	142	16,7%	48	9,8%
3. Неразборчивый почерк	121	14,2%	62	12,6%
4. Приписки	92	10,8%	45	9,2%
5. Отсутствие детализации болей в животе	541	63,6%	169	34,5%
6. Краткое описание анамнеза заболевания	368	43,3%	158	32,2%
7. Краткое описание анамнеза жизни	498	58,6%	165	33,7%
8. Не диагностирование заболевания	201	23,6%	89	18,2%
9. Гипердиагностика заболевания	168	19,8%	76	15,5%
10. Ложный диагноз	121	14,2%	52	10,6%
11. Отсутствие согласия на операцию	453	53,3%	62	12,6%
12. Отсутствие отказа от операции	518	60,9%	48	9,8%
13. Краткое описание колото-резаных ран брюшной стенки	126	14,8%	43	8,8%

14. Не информативность дневниковых записей	194	22,8%	62	12,6%
15. Отсутствие записей о времени проведения дополнительного метода исследования	313	36,8%	92	18,8%
16. Отсутствие предоперационного эпикриза	198	23,3%	76	15,5%
17. Краткое описание оперативного вмешательства	200	23,5%	55	11,2%
18. Отсутствие описания послеоперационной раны	293	34,5%	41	8,4%
19. Краткое описание послеоперационной раны	364	42,8%	92	18,8%
20. Отсутствие этапного эпикриза	560	65,9%	129	26,3%
21. Отсутствие анализа крови или мочи на алкоголь	128	15,1%	45	9,2%
21. Краткое описание выписного эпикриза	252	29,6%	76	15,5%

Наименование хирургической патологии	Лечебно-тактические						Лечебно-технические	
	Неверная оценка статуса	Поспешная операция	Запоздалая операция	Избыточный объем	Недостаточный объем	Отказ от операции	Неверный доступ	Повреждение органа
О. аппенд-т		5,9%	42,1%			5,5%	1,2%	
О. холецист-т	4,7%	7,3%	18,7%	3,6%	2,1%	12,5%	6,7%	
О. панкреатит		6,1%	17,7%	2,8%	4,2%	17,2%		
Ущемлен. грыжа			4,9%			5,9%		
Перфоративная язва			10,4%	3,0%				
ОКН	5,2%	4,4%	56,2%	3,7%		13,3%		
ЗТЖ	4,8%	4,2%	21,8%		2,4%	9,6%		
Рана брюш. стенки			45,8%	9,6%		11,3%	3,5%	
Язвенные кровотечения			3,2%		10,5%	31,4%		0,8%

Анализ дефектов оказания медицинской помощи хирургическим больным 32 стационаров Ленинградской области за 1999 год



Структура дефектов:

дефекты организации оказания медицинской помощи - 38%,

дефекты диагностики - 21%,

дефекты лечения - 41 %.

Причины дефектов диагностики:

-поздняя диагностика обусловлена недостаточной квалификацией (62%), невнимательным отношением к больному (25%) и неполноценным обследованием пациента (13%).

-нераспознанное основное заболевание обусловлено недостаточной квалификацией (36%), невнимательным отношением к больному (53%) и поздним обращением за медицинской помощью (11%).

-нераспознанное осложнение, явившееся причиной смерти, обусловлено недостаточной квалификацией (54%), невнимательным отношением к больному (19%) и неполноценным обследованием пациента (27%).

-другие нераспознанные осложнения и сопутствующие заболевания обусловлены недостаточной квалификацией (50%), невнимательным отношением к больному (42%) и неполноценным обследованием пациента (8%).

-другие дефекты диагностики обусловлены недостаточной квалификацией (38%), невнимательным отношением к больному (33%) и неполноценным обследованием пациента (29%).

Дефекты лечения в основном представлены дефектами назначения лекарственной терапии, включавшими неправильное или недостаточное лечение шока (49%), недостаточное лечение гнойных осложнений (13%), ожоговой болезни (18%), в остальных случаях (20%) - недостаточное лечение острой кровопотери, сердечной недостаточности, противопоказания к назначению наркотических средств, невыполнение назначений врача, не определялась чувствительность микрофлоры к антибиотикам.

Дефекты назначения и выполнения хирургических операций в 32% связаны с отсутствием необходимого оперативного лечения, в 42% с плохой ревизией раневых каналов, поздней ПХО (первичная хирургическая обработка) или отсутствием ПХО, остальные дефекты составляли позднюю некрэктомию, неостановленное кровотечение, позднее оперативное вмешательство.

Дефекты назначения и проведения медицинских процедур в 94% были связаны с отсутствием иммобилизации переломов, анестезии мест переломов. К "другим дефектам лечения" в основном, относятся случаи, когда при наличии показаний не проводились (64%) мероприятия, направленные на предотвращение возможности заболевания столбняком (введение ППС, СА).

Причины дефектов лечения.

- дефекты выполнения хирургических операций обусловлены недостаточной квалификацией (86%) и недостатками в организации лечебного процесса (14%);
- дефекты назначения и проведения медицинских процедур обусловлены недостаточной квалификацией (61%), невнимательным отношением к больному (24%) и недостатками в организации лечебного процесса (15%);
- дефекты назначения и проведения лекарственной терапии обусловлены недостаточной квалификацией (75%), невнимательным отношением к больному (19%) и недостатками в организации лечебного процесса (6%),
- другие дефекты лечения обусловлены недостатками в организации лечебного процесса (100%).

В Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН анкетированием было охвачено 1260 пациентов.



Проведенный анализ полученных результатов выявил, что неудовлетворенность амбулаторно-поликлинической помощью наблюдалась в 3,1%. При этом, удовлетворены полностью - 7,7%, удовлетворены, но с отдельными замечаниями - 89,2% пациентов. Среди дефектов работы отмечены: отсутствие приема врачей в выходные дни (1,5%); наличие очередей (18,5%); позднее начало работы (1,5%), забор крови для анализов только до 12 часов (1,5%).

Сомнения в использовании высоких технологий высказали 3,1% пациентов.

Углубленный анализ случаев, где пациенты высказывали сомнения в использовании современных технологий, позволил установить, что основной причиной подобного ответа послужило временное отсутствие реактивов для постановки отдельных анализов (6,1%), отсутствие узких специалистов на приеме (3,2%), большая загруженность отделения функциональной диагностики (кабинетов УЗИ - 3,2%).

На чуткое и внимательное отношение коллектива медработников указали более половины пациентов (69,2%).

Из всех опрошенных оказались удовлетворены качеством медицинской помощи - 83,1%, не удовлетворены - 4,6%; затруднились в ответе - 12,3%.

Анализ данных анкетирования по стационарной помощи показал, что удовлетворены организацией процесса госпитализации 92,3% пациентов. Замечания по сроку госпитализации (занижен, завышен) высказали 3,2% опрошенных, и 4,5% - затруднились в ответе.



Неудовлетворенность питанием, отсутствием одноразового белья, реактивов, редких медикаментов и расходных материалов высказали 12,4%.

Отказ в части услуг по обследованию пациентов встречался в 3,0%, что было обусловлено необходимостью их оплаты. Недовольство высказали пациенты, находившиеся на госпитализации за счет средств бюджета и получившие весь комплекс услуг по цели госпитализации; дополнительное же обследование, не связанное с проблемами по акушерству и гинекологии, предлагалось им осуществить на платной основе.

В целом удовлетворенность стационарной помощью высказали 92,5% опрошенных. Причем удовлетворены полностью без замечаний - 40,3%, с замечаниями - 58,2%. Замечания не касались профессионального уровня медицинской помощи и наблюдались в 5,97%. На неудовлетворенность медицинской помощью указали - 1,5% опрошенных.

К частым ошибкам антибактериальной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза относят следующие:



1. Монотерапия. Нередко при обнаружении специфического возбудителя (хламидия, гонококк) лечение бывает направлено только против данного возбудителя и не учитывается смешанный характер инфекции. Например, ограничиваются назначением макролидов, фторхинолонов или тетрациклинов. Адекватная терапия включает покрытие спектра всех ведущих участников воспалительных заболеваний органов малого таза, а значит - комбинированную терапию.

2. Переоценка роли внутриклеточных возбудителей. Широкое применение неадекватных тестов и их свободная интерпретация привели сегодня к гипердиагностике хламидиозов, необоснованному назначению макролидных антибиотиков, формированию к ним резистентных микроорганизмов, напрасным затратам на лечение и контрольную диагностику, нередко вновь положительную, хотя устойчивость к макролидам у хламидий редка. Оцениваемая при скрининговых программах частота выявления хламидий при воспалительных заболеваниях органов малого таза составляет около 50%, при учете ложноположительных результатов и контрольном исследовании иным методом частота участия хламидий составляет около 10—12%.



3. Несмотря на установленную **условную неабсолютную патогенность** урогенитальных микоплазм и уреоплазм, нередко при их обнаружении **начинается специфическая антибактериальная терапия даже при отсутствии клинической симптоматики.** В настоящее время микоплазмы и уреоплазмы относят к обычным комменсалам, в небольших количествах присутствующим в микрофлоре влагалища. Они могут быть участниками воспалительных заболеваний органов малого таза смешанной этиологии, но не требуют специфического лечения, направленного на эрадикацию только данных возбудителей.

4. Недостаточные дозы и курсы антибактериальных препаратов.

Например, применение амоксициллина/клавуланата в дозах 250/125 мг 3 раза в сутки или курсом 5 дней у взрослых. Для эрадикации возбудителей показаны и испытаны дозы 500/125 мг 3 раза в день или 875/125 мг 2 раза в день курсом не менее 7 дней.

5. **Отказ от антибактериальной терапии.** Увлечение иммунокоррекцией, применением препаратов пищеварительных ферментов (энзимотерапия) и других методов с недоказанной и сомнительной эффективностью нередко заменяет основу лечения инфекции — антибактериальную терапию.

Рациональное и эффективное применение антибиотиков (АБ) во время беременности предполагает выполнение следующих условий:



- необходимо использовать ЛС только с установленной безопасностью применения при беременности, с известными путями метаболизма (критерии FDA);**
- при назначении препаратов следует учитывать срок беременности: ранний или поздний. Поскольку срок окончательного завершения эмбриогенеза установить невозможно, то необходимо особенно тщательно подходить к назначению АБ до 5 мес. беременности;**
- в процессе лечения необходим тщательный контроль за состоянием матери и плода.**

А - В результате адекватных строго контролируемых исследований не выявлено риска неблагоприятного действия на плод в I триместр беременности (и нет данных, свидетельствующих о подобном риске в последующих триместрах).

В - Изучение репродукции на животных не выявило риска неблагоприятного действия на плод, а адекватных и строго контролируемых исследований у беременных женщин не проведено.

С - Изучение репродукции на животных выявило неблагоприятное действие на плод, а адекватных и строго контролируемых исследований у беременных женщин не проведено, однако потенциальная польза, связанная с применением ЛС у беременных, может оправдывать его использование, несмотря на возможный риск.

Д - Имеются доказательства риска неблагоприятного действия ЛС на плод человека, полученные при проведении исследований или на практике, однако потенциальная польза, связанная с применением ЛС у беременных, может оправдывать его использование, несмотря на возможный риск.

Х - Клинические испытания выявили нарушения развития плода и/или имеются доказательства риска неблагоприятного действия ЛС на плод человека, полученные при проведении исследований или на практике: риск превышает потенциальную пользу.

Официальная инструкция производителя относительно применения при беременности



С осторожностью - официальные запреты на применение препарата в период беременности не установлены, научные сведения о возможности применения препарата в период беременности отсутствуют или противоречивы. Применение возможно только по строгим показаниям или при угрожающих жизни состояниях, при уверенности врача, что потенциальная польза от применения АБ у беременных превышает возможный вред для плода.

Запрещено - имеются противопоказания к применению при беременности.

Официальная инструкция производителя относительно применения при лактации

С осторожностью - официальные запреты на применение препарата в период грудного вскармливания не установлены, научные сведения о возможности применения препарата в период кормления грудью отсутствуют или противоречивы. Целесообразно на время лечения воздержаться от грудного вскармливания. В тех случаях, когда такой возможности нет, и кормление грудью продолжается, АБ может применяться по строгим показаниям, при этом необходимо тщательно сопоставить пользу от его применения с возможным риском для грудного ребенка.

Запрещено - применение препарата во время кормления грудью противопоказано.

Приказ МЗ РФ от 22.10.03 г. № 494 «О совершенствовании деятельности врачей-клинических фармакологов»

- **Учетная форма N 313/у «Карта экспертной оценки качества фармакотерапии (протокол консультации)» содержит критерии оценки качества фармакотерапии:**
 - 1. Соответствие стандартам и протоколам лечения.
 - 2. Рациональность выбора базового лекарственного средства.
 - 3. Рациональность выбора комбинации лекарственных средств.
 - 4. Адекватность дозового режима лекарственного средства.
 - 5. Адекватность курсового режима лекарственного средства.
 - 6. Наличие нежелательных побочных реакций.
 - 7. Мероприятия, проводимые по предупреждению прогнозируемых нежелательных побочных реакций.
 - 8. Оценка эффективности проводимой фармакотерапии лечащим врачом (клиническая эффективность, сроки проведения необходимого комплекса диагностических и лабораторных исследований).



В США ежегодно госпитализируется более 2 млн. чел., пострадавших в результате приема лекарств. Проблема безопасности медикаментозной помощи давно стала не только медицинской, но и социальной, поскольку затраты, связанные с купированием нежелательных клинических последствий применения лекарственных средств, выражаются в огромных суммах, растущих из года в год. Например, если в 1995 г. в США на эти цели было израсходовано 76,6 млрд. долл., то в 2000 г. - уже более 177 млрд. долл. Примерно 20% бюджета стран Евросоюза, по данным ВОЗ, тратится на купирование различных негативных последствий приема лекарственных средств (Клевцова Л., 2003).

В США ежегодно регистрируется до 8,76 млн. случаев госпитализации в результате ошибок фармакотерапии (на лечение их последствий тратятся 47,4 млрд. долларов), 115 млн. посещений пациентами врачей связано с использованием лекарственных средств (7,5 млрд. долларов), выписывается 76,3 млн. дополнительных рецептов для исправления ошибок лекарственного лечения (1,93 млрд. долларов), лекарственные болезни являются четвертой по частоте причиной смерти, уносящей 140-200 тыс. человек. (Селезнев Е.Ф., Чайцев В.Г., 2004).



Н.В. Иванова (2004) сообщает о том, что расходы на лечение осложнений лекарственной терапии, обусловленных различными типами врачебных ошибок (игнорирование анамнестических данных о непереносимости лекарственных средств в прошлом; **неоправданный выбор лекарственных средств; игнорирование противопоказаний к применению; ошибки дозирования препарата; назначение лекарственных средств без учета их взаимодействия**) составляют 10,74% расходов в общей структуре затрат на лекарственно-обусловленную заболеваемость и смертность.

Г.И. Зимарин, Ю.В. Бисюк (2007), анализируя ошибки и их причины при оказании медицинской помощи 312 больным острым коронарным синдромом, умершим в стационаре, в процессе экспертизы качества фармакотерапии отметили ее ошибки в 143 случаях неблагоприятных исходов (45,8%). Из всех ошибок **в 60,8% случаев был выявлен неверный выбор лекарственного средства, а в 88,1% назначение лекарственных средств не соответствовало современным рекомендациям.**

Е.В. Катков и О.М. Ильин (2007) при анализе документации 91 больного с внебольничной пневмонией в 44 историях болезни выявили ошибки применения antimicrobных препаратов: 1) комбинация бета-лактамов с гентамицином или амикацином или ципрофлоксацином или доксициклином; макролидов с амикацином;

2) частые необоснованные замены одного antimicrobного препарата на другой, порой не рекомендуемый (ампициллин/сульбактам заменен амикацином, а последний - азитромицином; цефотаксим заменен цефазолином);

3) неадекватный выбор стартовой терапии у пациентов при аллергии на пенициллин и эритромицин (доксициклин, линкомицин, гентамицин), только на пенициллин (ампициллин или цефазолин), только на эритромицин (klarитромицин);

4) затягивание лечения из-за неадекватной стартовой antimicrobной терапии (при выставленном диагнозе внебольничная пневмония тяжелого течения) монотерапия бета-лактамами или эритромицином) и/или завышения значимости данных рентгенографии легких; 5) непрерывное назначение аминогликозидов свыше 10 дней.

И.А.Тогунов и Е.В. Кулибаба (2007) при проведении экспертизы качества медицинской помощи, оказанной 587 больным кардиологического профиля в ряде учреждений здравоохранения Владимирской области, отметили, что общее количество ошибок при оказании медицинской помощи больным кардиологического профиля составило 3,2 на 1 случай оказания медицинской помощи. В структуре ошибок лечения доминировали ошибки фармакотерапии – 95%. В подблоке ошибок фармакотерапии замечания по выбору препаратов составили львиную долю ошибок - 77%, по применению - 21%, по времени назначения и отмены - 1%, по описанию - 1%. Среди ошибок фармакотерапии по выбору препарата наиболее частым признано:

- назначение непоказанных препаратов – 54%;

- назначение противопоказанных препаратов – 7%;

..... - не назначение показанных препаратов – 39%.....

Е.Ю. Лозинским и соавт. (2007) проведен анализ 150 историй болезни детей, в результате экспертной проверки выявлены следующие ошибки:



- полипрагмазия - 32 случая; политерапия (одновременное лечение нескольких заболеваний) - 6 случаев;**
- назначение лекарств без учета противопоказаний - 14 случаев;**
- назначение лекарственных препаратов с недоказанной эффективностью - 37 случаев;**
- назначение заведомо низкоэффективных лекарств - 10 случаев;**
- неправильное дозирование антибактериальных препаратов - 12 случаев;**
- выбор антибиотиков без учета микробного спектра – 5;**
- последовательное назначение одного и того же антибиотика с разными торговыми названиями - 3 случая;**
- назначение неформулярных препаратов - 3 случая;**
- проведение комплексной медикаментозной терапии без учета взаимодействия лекарств и мониторинга нежелательных лекарственных реакций - 18 случаев.**
- Выявлены 13 сочетаний лекарств, способных вызвать развитие неблагоприятных лекарственных реакций. Одной из причин неадекватного лечения и контроля артериального давления являются ошибки в лекарственных назначениях.**



Экспертиза КМП 731 случая лечения больных с диагнозом хронический бронхит, ХОБЛ, пневмония в 15 стационарах Татарстана.

Случаи надлежащего КМП составили 64%, ненадлежащего КМП - 36%.

Среди ненадлежащего КМП случаи с негативным влиянием выявленных нарушений на состояние пациентов составили 10,6%, среди которых лишь в 0,2% случаев имелись социально-значимые негативные последствия в виде риска преждевременной смерти, инвалидизации пациента.

Неоптимальное использование ресурсов ЛПУ отмечено в 28,6%.

В структуре всех выявленных нарушений преобладали дефекты сбора информации - 48,9%.

Нарушения постановки диагноза, лечения и преемственности составили 8,6%, 36,5%, 5,9% соответственно.

Дефекты инструментального обследования выявлены в 115 случаях (29,9% ошибок сбора информации).

На этапе лечения выявлено 287 дефектов КМП (36,5% всех выявленных нарушений), чаще всего (98,9% всех замечаний по лечению) относящихся к ошибкам фармакотерапии.

Зигангареева Г. Г., Королева О.И. (2009)



ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ОШИБКИ НА УРОВНЕ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ

- 0) неизвестно; 1) не наблюдалась; 2) дефектов не выявлено;
- 3) отсутствие динамического наблюдения (указать причину);
- 4) отсутствие профилактики акушерских осложнений;
- 5) недостатки диагностики осложнения беременности:
 - 5.1 - неполная; 5.2 - запоздалая;
- 6) недостатки диагностики экстрагенитального заболевания:
 - 6.1 - неполная; 6.2 - запоздалая;
- 7) недостатки обследования: 7.1 - не обследована; 7.2 - неполное лабораторно-инструментальное обследование; 7.3 - недостатки консультативной помощи смежных специалистов;
- 8) неадекватная терапия; 9) отсутствие госпитализации:
 - 9.1 - во время беременности; 9.2 - дородовой;
- 10) запоздалая госпитализация; 11) прочие (перечислить).

ОШИБКИ НА УРОВНЕ СТАЦИОНАРА



0) нарушение транспортировки до помещения в стационар;

1) дефектов не выявлено; 2) дефекты госпитализации:

.....2.1... госпитализирована не в профильный стационар (отделение); 2.2... нарушение перемещения внутри стационара; 2.3 - не госпитализирована в стационар высокой степени риска; 2.4 - задержка с переводом в другой стационар (отделение);

3) досрочная выписка из стационара при предыдущих госпитализациях, в т.ч.

3.1 - во время беременности; 3.2 - после родов (аборта, внематочной беременности);

4) недостатки диагностики:

4.1 - неполная; 4.2 - несвоевременная; 4.3 - недооценка тяжести состояния; 4.4 - отсутствие динамического наблюдения; 4.5 - недооценка величины кровопотери; 4.6 - ошибка в диагнозе;

5) не установлен диагноз: 5.1 - осложнения беременности; 5.2 - осложнения родов; 5.3 - осложнения послеродового периода; 5.4 - осложнения аборта; 5.5 - осложнения внематочной беременности; 5.6 - экстрагенитального заболевания;

6) недостатки обследования: 6.1 - недоучет анамнестических и клинических данных; 6.2 - недоучет или переоценка данных лабораторно-инструментального обследования; 6.3 - недостаточность консультативной помощи высококвалифицированных специалистов; 6.4 - недоучет или переоценка заключений консультантов;

ФАКТОРЫ, КОТОРЫЕ МОГЛИ БЫ ПРЕДОТВРАТИТЬ ЛЕТАЛЬНЫЙ ИСХОД



- 1) своевременная госпитализация пациентки;
- 2) социальное благополучие;
- 3) более ранняя диагностика патологического состояния;
- 4) медико-генетическое консультирование;
- 5) обследование смежными специалистами;
- 6) дополнительные методы исследования (УЗИ, рентгенодиагностика и др.);
- 7) правильная трактовка данных клинических и лабораторных исследований, заключений консультантов;
- 8) своевременное адекватное лечение, в т.ч. оперативное;
- 9) своевременное и рациональное прерывание беременности;
- 10) квалифицированная анестезиолого-реанимационная помощь;
- 11) квалификация специалистов;
- 12) другие факторы (перечислить).

ПРЕДОТВРАТИМОСТЬ СМЕРТИ

- 1) предотвратима;
- 2) условно предотвратима;
- 3) непредотвратима.

«Технология анализа причин материнской смертности»



К числу *предотвратимых* летальных исходов относятся такие случаи материнской смерти, когда смертельного исхода можно было избежать при условии своевременной диагностики возникшей патологии, адекватного лечения, выбора рациональной тактики родоразрешения и т.д.

К числу *непредотвратимых* летальных исходов относят случаи смерти, обусловленные объективными причинами, внезапно и остро возникающие ситуации, причину которых почти невозможно предвидеть и устранить (разрыв аневризмы сосуда, инфаркт миокарда, эмболия околоплодными водами, ТЭЛА и т. п.), а также экстрагенитальные заболевания, при которых беременность и роды противопоказаны.

Кроме того, к их числу были отнесены случаи, обусловленные рядом объективных и организационных трудностей, таких как территориальная отдаленность родовспомогательного учреждения от населенного пункта, поздняя госпитализация женщины в родовспомогательное учреждение, отсутствие бригад по лечению больных, находящихся в терминальном состоянии, отсутствие круглосуточного дежурства акушера-гинеколога, недостаточная обеспеченность родовспомогательного учреждения санитарным транспортом, средствами коммуникации.

Смерть рассматривается как *условно предотвратимая* при отсутствии в родовспомогательном учреждении врача акушера-гинеколога, владеющего техникой акушерских операций, при отказе больной и ее родственников от хирургической помощи.

Методические рекомендации МЗ и СР РФ № 384/ПД/613 -2006 г.
«Технология анализа причин материнской смертности»



Ятрогении – болезни, связанные с прогрессом медицины.

В основном эта патология связана с деятельностью врача – анестезиолога-реаниматолога.

Состояния и осложнения, вызванные деятельностью анестезиолога-реаниматолога, требующие анализа:

- осложнения реанимации, неоднократных пункций и катетеризаций вен;
- **анафилактический шок;**
- травматические повреждения ротогортаноглотки;
- **бронхоспазм, регургитация, синдром Мендельсона;**
- затрудненная интубация, постаноксическая энцефалопатия;
- **гемотрансфузионный конфликт;**
- прокол твердой мозговой оболочки при эпидуральной анестезии;
- недооценка тяжести состояния больной.**

1. При оценке качества наблюдения в женской консультации :

срок беременности, при котором женщина взята на учет;

регулярность наблюдения;

своевременность и объем обследования;

своевременность и достаточность лечения при выявлении патологии;

наличие и выполнение индивидуального плана наблюдения за беременной с учетом факторов риска материнской и перинатальной патологии;

своевременность консультативного осмотра и госпитализации.

2. Оценивая качество оказания медицинской помощи в стационаре:

-на тип учреждения, куда была госпитализирована женщина для лечения (родоразрешения), оказание ей квалифицированной помощи в полном объеме при наличии патологии;

-своевременность вызова дежурной акушеркой врача акушера гинеколога;

-квалификацию врача акушера-гинеколога и акушерки, проводившей роды;

-своевременность и полноту объема оказанной экстренной хирургической помощи;

-необходимость консультативного осмотра и своевременность его осуществления;

-наличие индивидуального конкретного плана ведения родов;

-применение, при показаниях, современных эфферентных методов лечения.

При анализе случая смерти беременной, роженицы и родильницы, умершей от кровотечения при беременности, в родах и в послеродовом периоде:



- на наличие факторов, предрасполагающих к кровотечению;**
- на применение методов экспресс-диагностики нарушений свертывающей и антисвертывающей систем крови (метод Ли-Уайта, Рутберга);**
- на проведение профилактики кровотечения в родах;**
- на применяемые методы остановки кровотечения и их своевременность;**
- на своевременность гемотрансфузии с учетом групповой и резус совместимости;**
- на восполнение кровопотери (кровь и ее компоненты, кровезаменители, сроки заготовки и хранения);**
- на своевременность оказания помощи (наличие в составе бригад акушера-гинеколога, хирурга, анестезиолога-реаниматолога, операционной сестры, акушерки и др.);**
- на своевременность и полноту объема произведенного оперативного лечения.**

При смерти беременных, рожениц и родильниц от гестоза (отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства) :



- на наличие экстрагенитальной патологии;**
- на своевременность диагностики этого осложнения беременности в женской консультации;**
- на своевременность госпитализации в стационар;**
- на полноту обследования, качество и своевременность оказания медицинской помощи на всех этапах;**
- на длительность стационарного лечения;**
- на обоснованность выписки беременной (срок беременности при выписке) и родильницы из стационара;**
- на проведение, по показаниям, досрочного прерывания беременности;**
- на метод обезболивания и его адекватность при проведении манипуляций;**
- на проведение ранней амниотомии, выключение потуг (акушерские щипцы, экстракция плода за тазовый конец);**
- на проведение профилактики кровотечения в родах;**
- на оказание анестезиологической помощи в родах, применение управляемой гипотонии ганглиоблокаторами;**
- на анализ случая эклампсии, имевшего место в стационаре;**
- на объем медицинской помощи при возникновении приступа эклампсии вне лечебно-профилактического учреждения, транспортировку в стационар.**

При анализе случая смерти беременных, рожениц и родильниц, умерших от септических заболеваний, учитывают:



- наличие предрасполагающих факторов (очаг инфекции, длительный безводный промежуток, затяжные роды, многократные влагалищные исследования, кровотечение при беременности и родах, ручное вхождение в матку, оперативные роды, в т. ч. операция кесарева сечения без учета противопоказаний, анемия, экстрагенитальные заболевания, эндокринопатия, факт вмешательства с целью прерывания беременности и т. д.);
- наличие условий и противопоказаний для прерывания беременности и оперативного родоразрешения;
- своевременность госпитализации в стационар при возникновении послеродовых (послеабортных) осложнений после выписки пациентки;
- правильность оценки состояния женщины при поступлении и своевременность диагностики септического заболевания;
- своевременность назначения, оптимальность дозировки и сочетания антибактериальных препаратов;
- своевременность и достаточность проведения других методов консервативной терапии;
- своевременность и полноту объема оперативного вмешательства (при перитонитах, в т. ч. после операции кесарева сечения, при септическом шоке, гнойном мастите и др.), адекватность обезболивания.

При смерти беременных, рожениц и родильниц от разрыва матки рассматривают:



- где произошел разрыв матки - в лечебном учреждении или вне его (дома, при транспортировке), во время беременности или в родах, самопроизвольный или насильственный, полный или неполный;
- факторы, способствующие разрыву матки: наличие рубца на матке (после перфорации при аборте; консервативной миомэктомии, в т. ч. проведенной лапароскопическим путем; кесарева сечения, особенно корпорального; предшествующих разрывов матки); наличие механических препятствий (анатомически или клинически узкий таз, неправильное положение и предлежание плода); уродство плода, крупный и гигантский плод, опухоли в малом тазу; наличие в анамнезе аборт, в т. ч. Вне больничных, и/или воспалительных заболеваний женских половых органов; инфантилизм и пороки развития матки; частые повторные роды; многоводие; многоплодие; аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординация и др.); травма (удар в живот, падение на живот и др.); неправильное применение сокращающих матку средств, производство акушерской операции при отсутствии и условий и показаний;
- своевременность госпитализации беременной в стационар при наличии предрасполагающих факторов;
- правильность тактики ведения родов с учетом имеющейся патологии;
- своевременность диагностики разрыва матки (угрожающего, начавшегося, совершившегося);
- транспортировку в стационар;
- своевременность и объем оперативного лечения;
- своевременность и адекватность восполнения кровопотери;
- проведение противошоковых мероприятий;
- правильность ведения послеоперационного периода.

..... **При проведении анализа смерти беременных, рожениц и родильниц т**
экстрагенитального заболевания (ЭГЗ) необходимо выяснить:

- своевременность диагностики ЭГЗ в амбулаторно-поликлинических условиях, обеспечение диспансерного наблюдения терапевтом или врачом другой специальности, проведение консультативных осмотров;**
- наличие сочетанного токсикоза беременности и своевременность его диагностики;**
- своевременность решения вопроса прерывания беременности при наличии медицинских показаний;**
- своевременность и качество соответствующей корригирующей терапии, профиль лечебно-профилактического учреждения;**
- наличие показаний и своевременность досрочного родоразрешения;**
- тактику ведения родов с учетом экстрагенитальной патологии;**
- участие терапевта или другого специалиста в ведении родов и послеродового периода.**

ПРИКАЗ МЗ и СР РФ № 50 от 19 января 2007 г.

Приказ МЗ и СР РФ от 5 февраля 2008 г. N 51н

КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА

МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ ЖЕНЩИНАМ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ, В ПЕРИОД РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД



1. Настоящие Критерии используются в целях определения размера средств, направляемых на оплату труда медицинского персонала за оказанную женщинам амбулаторно-поликлиническую помощь в период беременности и стационарную помощь в период родов и в послеродовой период.

2. Распределение средств, направляемых на оплату труда медицинского персонала, непосредственно оказывающего амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь женщинам в период беременности, в период родов и послеродовой период, осуществляется руководителем учреждения здравоохранения в зависимости от качества оказанной медицинской помощи.

3. При оказании амбулаторно-поликлинической помощи женщинам в период беременности качество медицинской помощи оценивается отсутствием следующих критериев:

антенатальная гибель плода;

врожденные аномалии развития, не выявленные во время беременности;

разрыв матки до госпитализации;

несвоевременная госпитализация при гестозе средней степени тяжести;

несвоевременная госпитализация при переносенной беременности.

При отсутствии указанных критериев на оплату труда медицинского персонала направляются средства в размере 45 процентов от суммы перечисленных средств.

При наличии одного или более критериев на оплату труда медицинского персонала направляются средства в размере от 35 до 44 процентов от суммы перечисленных средств.

4. При оказании стационарной помощи женщинам в период родов и послеродовой период качество медицинской помощи оценивается отсутствием следующих критериев:



эклампсия в родах и послеродовом периоде;

случаи родового травматизма новорожденного;

разрывы промежности III-IV степени, разрывы шейки матки III степени, расхождение лонного сочленения;

разрывы матки;

гнойно-септические осложнения в послеродовом периоде;

поздняя неонатальная смерть новорожденного (7-27 день);

осложнения послеродового периода, обусловленные задержкой частей плаценты;

экстирпация матки при осложненных родах.

При отсутствии указанных критериев на оплату труда медицинского персонала направляются средства в размере 55 процентов от суммы перечисленных средств.

При наличии одного или более критериев на оплату труда медицинского персонала направляются средства в размере от 40 до 54 процентов от суммы перечисленных средств.

Материнская смертность от анестезиолого-реанимационных осложнений

Информационное письмо МЗ и СР РФ «Материнская смертность в РФ в 2004 г.»



Каждая шестнадцатая женщина (25 чел. - 6,2%), относящаяся к категории МС, умерла в стационаре от осложнений, возникших в результате оказания анестезиолого-реанимационного пособия.

Более чем в половине случаев - в 14 из 25 - это осложнения эндотрахеального наркоза, еще в 2 случаях - спинномозговой анестезии; в 6 случаях (24%) имели место осложнения при катетеризации подключичных вен.

Путем операции кесарева сечения родоразрешались 19 из 22 женщин, умерших от анестезиолого-реанимационных осложнений при сроке беременности 28 нед. и более. Этот факт требует совершенствования системы предоперационной подготовки и оказания анестезиологического пособия.

Информационное письмо МЗ и СР РФ «Материнская смертность в РФ в 2005 г.»

От неправильного анестезиолого-реанимационного пособия погибла каждая двадцать пятая женщина, умершая в стационаре (14 случаев из 370 - 3,8%), из них 11 случаев - при родоразрешении путем кесарева сечения. В восьми случаях из 14 это осложнения интубации, еще в двух случаях - спинно-мозговой анестезии.

В ряде случаев имели место неправильный выбор метода обезболивания (в двух случаях смерть наступила от спинно-мозговой анестезии, выбранной как метод обезболивания при кесаревом сечении по поводу тяжелого токсикоза и эклампсии, в двух случаях - из-за неудачной попытки спинно-мозговой анестезии с последующим переходом на интубационный наркоз).

В большинстве случаев оказание анестезиолого-реанимационного пособия в родах проводится врачами анестезиологами-реаниматологами общего профиля, не владеющими особенностями оказания помощи при беременности и в родах.

Резкое снижение частоты септических осложнений в родах и после родов за последний год (с 1,29 до 0,73 на 1000 родов, или на 43,9%) произошло непосредственно после того, как данный показатель был утвержден Приказом МЗ РФ №50 от 19.01.2007г. в качестве критерия качества стационарной акушерской помощи, что (при отсутствии тенденции к снижению сепсиса в течение предшествующих 4-х лет), вызывает сомнения в истинности представленных данных и требует тщательного анализа, поскольку столь резкое снижение контролируемых показателей нередко имеет директивный характер, не отражая истинной позитивной динамики процесса (Суханова Л.П., 2008).

Число родившихся больными и заболевших новорожденных в 2007г. снизилось за счет гипоксических состояний (на 4,9%), инфекций (на 13,2%), в том числе сепсиса (на 11,7%), родовой травмы (на 9,7% - с 39,0 до 35,2‰), преимущественно внутричерепной (на 12,2% - с 1,02 до 0,9‰), однако **отмеченный при этой патологии рост летальности на 17,0% (с 10,6 до 12,4 на 100 заболевших), **особенно у недоношенных - на 24%** (с 25,2 до 31,4 на 100 заболевших), не позволяет считать снижение внутричерепной родовой травмы истинным.**

Одним из основных недостатков статистики родовспоможения является отсутствие единого подхода к трактовке нормы и патологии по регионам страны.

Высокий разброс показателя нормальных родов по регионам (от 18,5% до 76,6% в 2007г.); частоты гестоза (от 57,9 на 1000 родов 455,4), эклампсии и преэклампсии у рожениц и родильниц (от 0,21‰ до 207,3‰, т.е. почти в 1000 раз) отражает не столько различие в распространенности указанной патологии, сколько отсутствие единых критериев ее оценки. Различие частоты сепсиса в 6 раз по федеральным округам (от 0,25‰ в ДВО до 1,45‰ в УФО) также характеризует разные клинические критерии оценки патологии.

Различны диагностические подходы и при трактовке патологии новорожденных. Максимальный разброс по регионам частоты перинатальных инфекций (в 300 раз - от 0,43‰ до 121‰), при обратном соотношении показателей летальности при этой патологии, обратная связь заболеваемости и летальности при внутричерепной родовой травме, респираторных нарушениях подтверждает тезис о разных диагностических критериях оценки патологии.

Основным недостатком статистики родовспоможения сегодня является недоучет предотвратимой акушерской и неонатальной патологии, а также неоднозначная оценка патологических состояний, что диктует необходимость контроля за достоверностью предоставляемых сведений, и в первую очередь данных, характеризующих неблагоприятные репродуктивные исходы и управляемые осложнения.



О недостаточном качестве акушерской помощи свидетельствуют:

- неблагоприятная структура репродуктивных потерь - **продолжающийся рост удельного веса доношенных детей в перинатальных потерях (до 49,7% в 2007г.), увеличение доли акушерской смерти в структуре материнской смертности (МС), в том числе от кровотечений;**
- **высокая частота кровотечений при увеличении кровотечений в связи с отслойкой плаценты и нарушением свертываемости крови;**
- **изменение структуры септических послеродовых осложнений (рост доли сепсиса после родов через естественные родовые пути при опережающих темпах снижения частоты перитонита после кесарева сечения);**
- **рост летальности новорожденных с внутричерепной родовой травмой, а также рост частоты аспирационных синдромов у новорожденных, особенно у доношенных детей (на 17,5% за последние пять лет - с 4,41 в 2002г. до 5,18 в 2007г.), являющихся следствием интранатальной гипоксии плода.**

Указанные патологические состояния в подавляющем большинстве предотвратимы и являются результатом медицинских ошибок, допущенных в процессе родов или послеродовом периоде.

Токова З.З., Фролова О.Г. (2008): из 382 летальных исходов матерей по стране в 2006 г. предотвратимыми признаны 86 случаев (22,5%), условно предотвратимыми - 151 случай (39,5%), непредотвратимыми - 145 случаев (38,0%).

По данным карт донесения, не наблюдались во время беременности 21,8%, дефекты амбулаторной медицинской помощи выявлены у 87,8%.

На уровне стационара недочеты в оказании помощи определены у 89,5% умерших матерей.

При оказании реанимационно-анестезиологической помощи дефекты выявлены у 47,7% умерших.

По мнению экспертов, в 64,0% случаев смерти женщин изучаемой группы были выявлены нарушения со стороны самой пациентки.

По данным карт донесения о случае материнской смерти, к факторам, которые могли бы предотвратить летальный исход, были отнесены:

- своевременная госпитализация пациентки - 30,2%,
- более ранняя диагностика патологического состояния - 31,4%,
- социальное благополучие - 10,5%,
- обследование смежными специалистами - 5,8%,
- верная трактовка данных клинических и лабораторных исследований - 11,6%,
- своевременное оперативное лечение - 30,2%,
- квалифицированная анестезиолого-реанимационная помощь - 22,1%,
- соответствующая квалификация специалистов - 11,6%.

В настоящее время доказана смерть 10% матерей в мире вследствие медицинских ошибок.



Среди предотвратимых случаев МС в 2006 г. в 16 случаях из 86 (18,6%) имеют место ятрогенные причины,

из них 14 возникли в результате деятельности врача анестезиолога-реаниматолога,

2 случая - в результате деятельности врача акушера-гинеколога.

По заключению экспертов ВОЗ, 63-80% случаев смерти, прямо связанных с беременностью и родами, и 88-98% всех случаев смерти матерей могли бы быть предотвращены с помощью соответствующих и своевременно принятых мер.

Низкий процент предотвратимых случаев в РФ (22,5%) можно объяснить корпоративным интересом экспертов субъектов Российской Федерации.

ЭКСПЕРТ СМО – НЕЗАВИСИМ !!!

Основными причинами тяжелого состояния новорожденных, требующего длительной ИВЛ, следует



считать (Златовратская Т.В, 2008):

а) для доношенных - высокую частоту элементов “акушерской агрессии” (амниотомий (31,3%), медикаментозного родовозбуждения и родостимуляции (30,8%)), аномалий родовой деятельности (40,8%), недооценку факторов перинатального риска и отсутствие интранатального их пересчета (70,1%), запоздалое, на фоне выраженного страдания плода, абдоминальное родоразрешение (62,2%);

б) для недоношенных - те же причины, а также необоснованный отказ от анте- и интранатального токолиза, профилактики респираторного дистресс-синдрома (47,4%), низкую частоту обезболивания родов (47,4%), отказ от тактики пролонгирования беременности у пациенток с гестозом.

ЗЛАТОВРАТСКАЯ Т. В. (2008) «РЕЗЕРВЫ СНИЖЕНИЯ МАТЕРИНСКОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ В РОДИЛЬНОМ



ОТДЕЛЕНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ»

Совокупность организационных и лечебно-диагностических технологий в сочетании со стратегией акушерского и перинатального риска позволяют снизить материнскую заболеваемость (родовой травматизм – на 10,2%, послеродовые гнойно-септические заболевания – в 4,8 раза, послеоперационные осложнения – в 9,3 раза), нивелировать частоту гистерэктомий при массивных кровотечениях до единичных случаев, уменьшить перинатальную смертность недоношенных новорожденных с 28,0‰ до 19,0‰, заболеваемость детей от матерей с ХФПН (в том числе частоту задержки моторного развития – в 1,5 раза, частоту неврологических заболеваний у детей первого года жизни – в 2,1 - 4,2 раза).

В основе снижения частоты акушерских кровотечений (преждевременной отслойки плаценты – в 2,3 раза, гипотонических кровотечений – в 3,5 раза) лежит профилактика и лечение аномалий родовой деятельности; отказ от элементов “акушерской агрессии” (снижение частоты амниотомии на 10,0 %, медикаментозного родовозбуждения - в 2,5 раза и родостимуляции - в 4,0 раза).

Четкий алгоритм лечения гипотонических кровотечений в послеродовом периоде, предусматривающий консервативный, промежуточный (внутриматочная баллонная тампонада) и хирургический этапы (органосохраняющий принцип) позволяет нивелировать материнскую смертность от акушерских кровотечений и сохранить матку у 87,5% родильниц.

Наиболее частые дефекты оказания медицинской помощи в акушерско-гинекологической и урогинекологической практике:



I. Дефекты врачебных вмешательств в гинекологии.

1. Перфорация стенки матки при ее зондировании, расширении цервикального канала, выскабливании, пертубации с возможным маточным кровотечением и инфицированием брюшной полости.
2. Образование ложного хода в шейке матки при зондировании полости матки.
3. Ранения органов малого таза и кишок, кровоизлияния в клетчатку малого таза при кульдоскопии (пунктирование прямой кишки с повреждением ее стенки, кровотечением и инфицированием).
4. Газовая эмболия через поврежденные стенки сосудов при контроле за диагностическим выскабливанием, удалением полипа или миоматозного узла в процессе газовой гистероскопии, при пертубации.
5. Перфорация маточной трубы при пертубации.
6. Инфицирование при установлении внутриматочных контрацептивов.

II. Дефекты врачебных вмешательств при беременности.



1. Дефекты при прерывании беременности, связанные с нарушением правил проведения аборта:

- 1) несоблюдение разрешенных сроков более или менее безопасных для прерывания беременности методом выскабливания;
- 2) нарушение условий и техники проведения аборта (необходимы надежная фиксация женщины на операционном столе, зондирование полости матки не только для установления ее длины, но и положения матки в малом тазу, правильная и полноценная фиксация матки во время расширения цервикального канала и кюретажа);
- 3) проведение операции без обезболивания;
- 4) нарушение правил асептики и антисептики и инфицирование с развитием острого эндометрита, метроэндометрита, параметрита, гнойного тромбофлебита, сепсиса;
- 5) неполное удаление элементов плодного яйца и развитие обильных кровотечений, требующих повторного выскабливания; плацентарный или децидуальный полип;
- 6) перфорация матки зондом, расширителем Гегара, кюреткой, абортцангом при недооценке состояния размягченной, растянутой беременной матки, при недооценке анамнестических данных (многократные аборты, эндометриты после родов и абортов, пузырный занос, консервативная миомэктомия в анамнезе), при отсутствии четкого представления у врача о расположении матки в малом тазу;
- 7) разрывы, прободение или надрывы мочевого пузыря, кишок и их брыжейки, мочеточников, сальника, широкой связки матки, шейки матки, периуретральной ткани; отрыв тела матки от шейки с последующим удалением матки.

2. Дефекты врачебных манипуляций у беременных и рожениц:



- 1) скальп-абсцессы, кровотечения, некрозы, сепсис у плода при прямой электрокардиографии; перекос винтовых электродов с их частичным смещением (отрывом), что может вызвать повреждение мягких тканей родовых путей матери;**
- 2) повреждения режущим инструментом плаценты, пуповины и плода с развитием кровотечения при амниоцентезе;**
- 3) разрывы околоплодных оболочек, кровотечения, прорезывания швов, пролежни, ишемия и отек шейки, гнойно-воспалительные процессы при наложении швов на шейку матки при истмико-цервикальной недостаточности.**

III. Дефекты врачебных вмешательств во время родов и родоразрешения.

1. Ранения плода, плаценты, пуповины и развитие кровотечения при амниотомии.

2. Деформация головки плода, сдавление пупочных сосудов во время сокращения матки, амнионит, ущемление выпавшей пуповины в результате ранней амниотомии при неосложненных родах.

3. Ненадлежащее ведение родов, в том числе с развитием вторичной слабости родовой деятельности:

- нерациональное, неумелое и беспорядочное применение утеротонических средств;
- несвоевременное вскрытие плодного пузыря;
- ущемление губы шейки матки;
- несвоевременное распознавание узкого таза;
- несвоевременное распознавание неправильного вставления головки или положения плода; - неумелое обезболивание родов.

4. Ненадлежащее ведение родов с развитием тетании или фибрилляции матки и внутриутробной гипоксии плода - повторные попытки акушерского поворота и наложения акушерских щипцов, извлечения плода за тазовый конец, другие вмешательства без обезболивания, проводимые безуспешно из-за отсутствия акушерских условий или знания техники операции.

5. Повреждения мочеиспускательного канала, мочевого пузыря, мочеточников и почек, в том числе при оперативном акушерском вмешательстве.

6. Родовая травма у плода и новорожденного вследствие ненадлежащего акушерского пособия: субдуральное кровоизлияние, кровоизлияния в мозге и желудочках мозга, субарахноидальное кровоизлияние и разрыв мозжечкового намета, отек мозга, поражения лицевого нерва (его паралич) и других черепных нервов, повреждения позвоночника и спинного мозга, переломы костей черепа и других костей, повреждения внутренних органов.

7. Неполноценное наложение швов на матку после

8. Ранения стенки кишки и инфицирование брюшной полости в результате оперативного родоразрешения.

9. Передозировка фармакологических средств для общей анестезии во время оперативного родоразрешения.

10. Несвоевременное родоразрешение при преждевременном излитии околоплодных вод с развитием хориоамнионита, метроэндометрита и внутриутробным инфицированием плода.

11. Применение противопоказанных при беременности лекарственных средств.

12. Применение акушерских щипцов без достаточных показаний и возникновение повреждений мягких тканей, костей черепа, головного мозга плода и новорожденного.

13. Повреждение родовых путей, тазовых органов, мочеточников, перфорация стенки влагалища при применении акушерских щипцов без достаточных показаний.

14. Родовая травма новорожденного вследствие нарушения правил вакуум-экстракции плода: быстрое образование вакуума, непрерывные тракции, отклонение их от проводной оси таза, отрыв чашечки аппарата.

15. Травма мягких тканей родовых путей и повреждение мочеиспускательного канала при нарушении правил вакуум-экстракции плода.

16. Родовой травматизм:

- разрывы матки вследствие упущений при наблюдении за беременной женщиной в консультации и в акушерском стационаре во время родов: из-за недооценки анамнеза или данных клинического обследования, при недостаточно глубоком или неполном анализе симптомов, предшествующих разрыву; недоучета группы риска при патологически измененной матке вследствие ранее имевшихся на матке операций, дистрофических процессов в ее стенке после абортов, воспаления или аномалий миометрия врожденного характера; недостаточного знания акушерства с недооценкой сложности клинического течения родов.

- разрывы промежности, вульвы и влагалища как результат неправильного ведения нормальных физиологических родов при непредупреждении преждевременного разгибания и быстрого прорезывания головки; недостаточной защите промежности; недооценке крупного размера плода, неправильного вставления головки плода или быстрого ее прорезывания, высокой промежности, рубцовых изменений и функциональной неполноценности промежности, при узком тазе;

- несвоевременное выполнение эпизиотомии или перинеотомии;

- гематомы наружных половых органов и влагалища в результате повреждения сосудов в родах без нарушения целостности слизистой оболочки и кожного покрова чаще связаны с оперативным родоразрешением и встречаются при грубом, нерациональном ведении родов или оперативного вмешательства: при наложении акушерских щипцов, извлечении плода за тазовый конец, при выжимании последа и при грубом массаже матки;

- поздняя диагностика разрывов шейки матки с развитием инфицирования и послеродового септического состояния, расхождения швов, образования эндоцервицитов, эктропионов и эрозий шейки матки и шеечно-влагалищных свищей;

- отрыв влагалищных сводов от шейки матки вследствие недостаточно внимательного наблюдения за ходом родов, когда происходит значительное растяжение не нижнего сегмента, а сводов влагалища при высоком стоянии и полном растяжении наружного зева шейки матки;

- выворот матки травматического характера в последовом или раннем послеродовом периоде при расслабленной матке в результате грубых манипуляций при выделении последа - чрезмерно энергичного выжимания последа или потягивания за пуповину, а также при захвате рукой дна гипотничной матки и стремлении выдавить послед, направляя усилия руки в сторону шейки матки;

- расхождения и разрывы сочленений таза в результате неправильного ведения (недоучет) родов у женщин с узким тазом, при крупном плоде, патологических вставлениях, а также при оперативном родоразрешении.



IV. Дефекты врачебных вмешательств в послеродовом периоде.

1. Генитальный свищ при нерациональном ведении родов.

2. Дефекты хирургической техники, расхождение швов промежности после ушивания, расхождение швов после эпизиотомии.

3. Вторичные наружное и внутреннее кровотечение при расхождении швов хирургических ран и их нагноении.

4. Послеродовые эндометриты, уретриты, циститы как результат несоблюдения правил асептики и антисептики в послеродовом периоде.

5. Нарушение правил антибактериальной терапии при развитии послеродового эндометрита (отсутствие антибактериальной терапии, назначение препаратов без учета эмпирической микробиологической чувствительности и данных бактериологических посевов, неадекватно низкие дозы и запрещенные сочетания антибиотиков и др.).

6. Плацентарный полип (особенно с развитием вторичного послеродового кровотечения и/или эндометрита) в результате недостаточного исследования последа, не проведения обследования полости матки при наличии дефекта плаценты или неполного ручного удаления элементов последа из полости матки.

7. Эмболия околоплодными водами и воздушная эмболия: - при применении не зарегистрированных в России по показаниям «применение в акушерстве и гинекологии» неразрешенных утеротонических препаратов (например, мизопропрост, торговое название – сайтотек);

- в результате недооценки и нарушении правил ведения родов при бурной родовой деятельности, тазовом предлежании плода, переношенной беременности и крупном плоде (или двойне), при ригидной шейке матки и несвоевременно вскрытии плодного пузыря;

- в результате недооценки волеического состояния и неадекватной инфузионной поддержки с некомпенсированным низким венозном давлением

- в результате неправильного формулирования показаний к оперативному вмешательству на матке и ненадлежащего его выполнения;

8. Синдром ДВС при недооценке условий его возникновения, ненадлежащем выполнении мероприятий его профилактики и лечения.

9. Тромбоэмболия ветвей легочной артерии при недооценке условий ее возникновения, ненадлежащем выполнении мероприятий его профилактики по стандарту МЗ и СР РФ.

В 1999-2004 гг. в субъекте РФ зарегистрировано 69 случаев материнской смертности в Оренбургской области.



Основными причинами смерти явились: кровотечения - 26%, сепсис - 23%, экстрагенитальная патология - 13% и гестоз - 13%.

Обращает внимание значительное число случаев смерти в результате анестезиологических осложнений - 10%.

Предотвратимыми признаны 20 случаев (30%), условно предотвратимыми - 18 случаев (27%), непредотвратимыми - 29 случаев в 43%.

По Российской Федерации 60-70% случаев материнской смертности относится к предотвратимым и условно предотвратимым.

Самый высокий уровень предотвратимых исходов определяется при акушерских кровотечениях - 11 из 18 (61,1 %); в родах при анестезиологических осложнениях - 4 из 7 (57,14%) и при гестозе - 3 из 9 (33,3%).

Дефекты оказания помощи на госпитальном этапе выявлены в 38 случаях (56,7%).

Среди них дефекты организации - 21 случай (55,26%);

- дефекты диагностики - 21 случай (55,26%);

- дефекты лечения - 37 случаев (97,3%), в т.ч. реанимации 11 случаев.

Среди дефектов организации преобладали: - отсутствие перевода в стационар высокого риска; - отсутствие круглосуточного дежурства анестезиолога; - оказание помощи без привлечения смежных специалистов.

Среди дефектов диагностики: - несвоевременная диагностика; - диагноз не поставлен или неправильный диагноз.

Среди дефектов лечения, в т.ч. реанимации: - несвоевременное или неполное лечение; - невосполнение ОЦК; - ранняя экстубация.

Относительно дефектов реанимации выделяется особый фактор - недостаточная квалификация врача - реаниматолога - в 11 случаях.



За 1996-2002г.г. в отделе комиссионных экспертиз Кемеровского БСМЭ (В.С. Головин, 2006) было проведено 63 экспертизы в отношении врачей акушер-гинекологов, что занимает первое место в структуре врачебных специальностей, по поводу которых были назначены экспертизы. Все СМЭ были проведены в отношении врачей лечебных учреждений Кемеровской области.

При производстве 36 СМЭ (57,1%) были обнаружены недостатки при оказании медицинской помощи, причем наибольшее количество выявлено на стационарном этапе – 28 СМЭ (77,8%), из них в условиях родильного дома – 10, в условиях гинекологического стационара – 18. В восьми случаях (22,2%) дефекты допущены как на достационарном этапе, так и в стационаре.

В 31 (49,2%) экспертизе допущенные недостатки при ОМП находятся в причинной связи с наступлением неблагоприятного исхода.

Кемеровское областное бюро СМЭ (Саркисян Б.А., Шапкина Н.Б., 2008)

Выполнено - 456 заключений СМЭ за 11 лет 1996-2006 гг.



339 случаев (74,3 %) - ненадлежащее качество оказания медицинской помощи:

-- 280 случаев (61,4 %) – дефекты медицинской помощи – ненадлежащее качество оказания медицинской помощи, заключающееся в ошибках диагностики, лечения больного или организации медицинской помощи с неблагоприятным влиянием их на процесс лечения и состояние здоровья больного;

-- 112 случаев (24,6%) - ятрогении – возникновение у пациента в результате действий медицинских работников совершенно нового, качественно иного, чем прежде, имевшееся ранее, патологического состояния, которого без вмешательства медицинских работников быть не могло;

-- 53 случая (15,6%) сочетание дефекта и ятрогении.

Наиболее «обжалуемые оперирующие» специальности:

- хирургия - 19,5%;
- акушерство-гинекология - 18,4%;
- травматология -17,8%;
- анестезиология- реаниматология -12,7%.

Ненадлежащее качество по результатам СМЭ:

- рентгенология (10 заключений СМЭ) - 100%; - урология (7 заключений СМЭ) - 100%;
- эндоскопия - (4 заключения) - 100%; - фтизиатрия - (1 заключение СМЭ) - 100%;
- косметология (2 заключения СМЭ) - 100%; - СМП – (21 заключение) - 91,3%;
- хирургия – (74 заключений) - 83,1 %; - анестезиология (44 заключения СМЭ) – 76 %;
- акушерство (63 заключения СМЭ) – 75 %; - терапия (33 заключения СМЭ) – 75%;
- неврология (14 заключений СМЭ) – 74%; - ЛОР - (7 заключений СМЭ) – 71,4 %;
- травматология (57 заключений СМЭ) – 70,4 %; неонатология (18 случаев СМЭ) – 69%



Дефекты медпомощи выявлены:

- хирургия (доля экспертиз с ДМП 77,5%); - терапия (72,7%), - СМП (82,6%),
- рентгенология (80%), - инфекционные болезни (75%), - урология (85,7%);
- офтальмология (75%), - неврология (74%); - ЛОР (72%); - акушерство (64%);
- анестезиология (62%); - травматология (67%); - педиатрия (41,6%),
- неонатология (46,2%), - нейрохирургия (44,4%), - стоматология (38,5%).

Ятрогении выявлены:

- эндоскопия (100%), - косметология (100%); - неонатология (34,6% СМЭ), -
- анестезиология (31%), - акушерство (29,8%), - урология (28,6%), - офтальмология (25%), - стоматология (23%)

В 63,9% случаев были выявлены ошибки и недостатки оказания медицинской помощи детям:



1 группа – диагностические ошибки: поздняя диагностика основного заболевания (случая), неустановление диагноза грозного осложнения – сепсиса, шока (3) и интраоперационного повреждения органов (1), неправильная диагностика основного заболевания (7), неполное установление диагноза (1).

2 группа – организационные недостатки - неоформление записей в мед. документации об активном посещении врачом, отсутствии передачи экстренного извещения в ЦГСЭН о заболевании новорожденного остеомиелитом, необоснованной госпитализации ребенка в областной медицинский центр, с необоснованными отказами в госпитализации, – 9 случаев.

3 группа – лечебно-тактические ошибки - случаи несвоевременной госпитализации детей, перевода их в профильные отделения, преждевременная выписка (5), несвоевременное проведение оперативного лечения (5), неоказание необходимой экстренной помощи и реанимационных мероприятий (5), недостаточная в количественном и качественном плане предоперационная подготовка (1), неадекватное консервативное лечение (10), отсутствие врачебного наблюдения в стационаре длительный период времени (7) и др.

4 группа – ятрогении.

Трансфузионно-инфузионные ятрогении (2 случая) – резкое повышение доз вводимых инфузионных сред (в 2 и 4 раза). Инструментально-диагностические ятрогении (1) – грубое нарушение методики рентгенологического контрастного исследования желудка у ребенка 2-х месяцев.

Наркозно-анестезиологические ятрогении (2) – применение заведомо противопоказанного ребенку, в силу его возраста, препарата для премедикации.

Инфекционно-септические ятрогении (1) – заражение грудного ребенка в стационаре сальмонеллезом.

Анализ причин ненадлежащего оказания экстренной медицинской помощи, связанных с обвинением медицинских работников в профессиональных правонарушениях (Бисюк Ю.В., 2008).



I. По количеству первичных СМЭ случаев оказания экстренной МП врачевые..... специальности (в порядке убывания) распределились следующим образом:

хирурги - 23,7%,

акушеры-гинекологи - 19,7%,

педиатры - 17,1%,

нейрохирурги - 11,8%,

травматологи - 6,6%,

врачи скорой МП и анестезиологи-реаниматологи — по 5,3%,

офтальмологи - 3,9%,

фтизиатры и урологи — по 1,3%.

II. Анализ материалов СМЭ по «врачебным делам»: дефекты оказания МП выявлены в 62 случаях (67,4% из 92 актов СМЭ).

III. Структура дефектов:

- дефекты диагностики составили 24,2%,

- дефекты лечения — 27,4%,

- дефекты организации работы — 48,4%;

- сочетанные дефекты оказания МП — в 25,8%;

- дефекты по нескольким врачебным специальностям — в 14,5%.

На долю объективных трудностей в проведении лечебно-диагностических мероприятий пришлось 11,3% случаев ненадлежащего оказания МП.

IV. Изучены: 2000 медицинских карт больных острым коронарным синдромом, 2000 стационарных больных ОНМК, 3303 случая больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости стационаров городов Центрального федерального округа РФ в 2001 – 2005 гг.



СТРУКТУРА ДЕФЕКТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Группа дефектов	ОКС (%)	ОНМК (%)	Острые хирургические заболевания (%)	Структура дефектов по данным СМЭ (%)
-Диагностики	21,2	22,9	17,0	24,2
-Лечения	18,3	25,4	27,9	27,4
- Организации	23,1	87,5	8,9	48,4

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА	ОКС (n=312)	ОНМК (n=248)	ОСТРЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (n=869)	ИТОГО (n=1429)
Нарушение медицинских стандартов, правил	9,6%	15,3%	18,9%	16,2%
Запоздалое оказание экстренной МП	16,9%	18,5%	5,4%	10,2%
Неправильное или недостаточное оказание экстренной МП	8,0%	33,8%	13,8%	16,0%

Дефекты в ведении и лечении беременных на этапе женской консультации: 1) позднее выявление гестоза вследствие недооценки клинической симптоматики заболевания; 2) гиподиагностика гестоза; 3) отсутствие регулярного наблюдения за беременными вследствие редких посещений женской консультации; 4) дефекты в сборе анамнеза, что приводило к несвоевременному выявлению обострения хронических заболеваний; 5) отсутствие коллегиальности при решении вопроса о необходимости прерывания беременности или ее пролонгирования; 6) нарушение преемственности между женской консультацией и стационаром.

Летальному исходу способствовали следующие грубые дефекты антенатального наблюдения: недостаточное и неполное лабораторно-инструментальное обследование и недостатки консультативной помощи смежными специалистами, запоздалая диагностика гестационных осложнений и отсутствие дородовых госпитализаций, неадекватная терапия в период дородового наблюдения.

Дефекты интенсивной терапии и акушерской тактики в родильном доме: - отсутствие мониторингового контроля приводило к недооценке степени тяжести состояния больных, - нерациональное проведение антибактериальной, инфузионно-трансфузионной, антикоагулянтной, утеротонической и утеролитической терапии, недостаточные скорость и уровень коррекции показателей гомеостаза.

Грубые дефекты диагностики, лечебно-тактические дефекты врачей акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов усугубляли последствия акушерской патологии : - недооценка тяжести состояния, - поздняя диагностика, - неправильный выбор показаний и противопоказаний к консервативному и оперативному лечению).

Ненадлежащее оказание помощи в акушерской практике (медико-правовые аспекты проблемы) (Лузанова, 2007)



При детальном анализе каждого случая перинатальной смерти в 25,8% случаев удалось выявить связь исхода с ненадлежащим оказанием медицинской помощи (в т.ч. в 10% имелась прямая и в 15,8% - косвенная связь исхода с ОМП), в 17,5% случаев - с негативным поведением пациенток и в 56,7% пришлось признать связь исхода с состоянием здоровья матери и патологией плода.

Общее количество дефектов и количество значимых дефектов при смерти плода и новорожденного на догоспитальном и госпитальном этапах

Показатель	Смерть плода и новорожденного		
	догоспитальные дефекты	госпитальные дефекты	всего
Общее количество дефектов	427	217	644
Количество значимых для исхода дефектов	33	68	101



ЛУЗАНОВА И.М. (2007) «Ненадлежащее оказание помощи в акушерской практике (медико-правовые аспекты проблемы)»: анализ 145 комплектов медицинской документации родильных отделений Оренбургской области по 120 случаям перинатальной смерти за 2003 -2005 годы, по 82 случаям проведения судебно– медицинских экспертиз по делам, связанным с оказанием медицинской помощи женщинам по беременности и родам, новорожденным.

1. Причиной гибели плода или новорожденного являлось:

- в 25,8% случаев ненадлежащее оказание медицинской помощи (в том числе в 10% имелась прямая и 15,8% - косвенная связь исхода с оказанием медицинской помощи);**
- в 17,5% случаев - негативное поведение пациенток;**
- в 56,7% - состояние здоровья матери и патология плода.**

Из объективных факторов, могущих оказывать влияние на исход, не удалось выявить превалирования отягощений акушерско-гинекологического и экстрагенитального анамнеза; регистрировалось статистически достоверно более частое (по сравнению с контрольной группой пациенток, имевших благоприятный исход) количество осложнений беременности: хроническая гипоксия плода (58%), кольпит (42,5%), анемия беременной (40%), фетоплацентарная недостаточность (39%), гестоз (36,5%).

2. Анализ всех дефектов оказания медицинской помощи установил, что только часть из них возникла первично, а около трети дефектов (204 из 644 выявленных дефектов по 120 случаям перинатальной смерти) были вынужденными (производными, или вторичными), обусловленными предыдущими дефектами.

3. Более половины выявленных дефектов (359 из 644) приходилось на дефекты организации; диагностические дефекты (167) несколько превалировали над дефектами лечения (118).



Нормативным актом органа государственного управления - Министерства здравоохранения и СР РФ предусмотрена возможность нанесения вреда больному при выполнении терапевтических и хирургических вмешательств и обязанность формулирования соответствующего диагноза. В таких случаях этот документ является основанием для возмещения вреда здоровью.

Раздел Т80-Т88 посвящен учету осложнений медицинских вмешательств, в том числе:

Т88.2. – шок, вызванный анестезией (при которой необходимый препарат был правильно введен);

Т88.6 - анафилактический шок, обусловленный патологической реакцией *на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство*;

Т88.7 - патологическая реакция на лекарственное средство или медикаменты (аллергическая реакция, повышенная чувствительность, идиосинкразия *на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство*).

Приказ МЗ РФ от 20.12.2001 г. № 460

«Об утверждении инструкции по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга»



II. Условия для установления диагноза смерти мозга

Диагноз смерти мозга не рассматривается до тех пор пока не исключены следующие воздействия: **интоксикации**, включая лекарственные, первичная гипотермия, гиповолемический шок, метаболические эндокринные комы, **а также применение наркотизирующих средств и миорелаксантов.**

Поэтому первое и неперемное условие установления диагноза смерти мозга заключается в доказательстве отсутствия воздействия лекарственных препаратов, угнетающих ЦНС и нервно-мышечную передачу, интоксикаций, метаболических нарушений (в том числе электролитных, кислотно-основных, а также эндокринных) и инфекционных поражений мозга.

**Судебная коллегия по уголовным делам Верховного Суда Российской Федерации 29
марта 2006 года**



Суд не дал оценки результатам оперативного эксперимента, проводившегося УУР ГУВД г. Москвы, согласно которым в период с 15 часов 24 минут до 16 часов 10 минут 11 апреля 2003 года у О. были сохранены рефлексы, артериальное давление, он находился в коме, но в это же время оправданный П. давал указание сотруднице – свидетелю Л. ввести пациенту О. ардуан и ГОМК, что ею и было сделано. Кроме того, сердечная деятельность зафиксирована на кардиограмме.

Выводы суда в том, что передача больного О. донорской бригаде МКЦОД соответствует закону являются необоснованными, так как смерть не была констатирована в установленном законом порядке. Более того, по прибытии бригады врачей госпиталя ГУВД РФ у больного О. определялся пульс на сонной артерии, прослушивалось сердцебиение, работа сердца зафиксирована на кардиограмме.

Ответственное решение об изъятии почек должен был принять судебно-медицинский эксперт после констатации биологической смерти, но он отсутствовал, передав незаполненные бланки актов констатации биологической смерти и, предоставив возможность изъятия почек без констатации биологической смерти.

Выводы суда в том, что к моменту приезда бригады врачей Главного госпиталя МВД РФ пациент О. был мертв, противоречат показаниям этих врачей и заключениям экспертов о наличии у пациента О. самостоятельной сердечной деятельности.

Суд необоснованно не усмотрел в действиях Л. злоупотребления должностными полномочиями, которая договорилась о прибытии бригады хирургов МК ЦОД и допустила отключение пациента О. от систем жизнеобеспечения и передачу его прибывшей бригаде для изъятия почек. Суд не учел, что к моменту появления в перевязочной сотрудников милиции, О. был полностью готов к изъятию у него почек, также, как были готовы к этому и прибывшие для этого хирурги. Не учтено, что О. были введены миорелаксанты и препараты, применяемые для наркоза, снижающие давление, не применяемые при изъятии органов, поскольку изъятие органов должно производиться после наступления биологической смерти и необходимости в применении этих средств нет. Суд в приговоре перечислил доказательства, не давая им никакой оценки.

Согласившись с показаниями П. и свидетеля Е. о том, что биологическая смерть пациента О. констатирована ими в 16 часов 11 апреля 2003 года, суд сослался в приговоре на так называемую вторую часть истории болезни пациента О., которая была выполнена в неустановленное время. При этом суд не учел, что эта часть истории болезни пациента О. не была принята судебно-медицинскими экспертами к исследованию, поскольку не установлено ее происхождение и достоверность содержащихся в ней сведений, подлежащих оценке. Сама по себе эта часть истории болезни должна была оцениваться судом в совокупности с другими доказательствами, рассмотренными в суде, чего судом не сделано.

Таким образом, основаниями для отмены оправдательного приговора явились:



- 1) ненадлежащее ведение медицинской документации (наличие двух историй болезни);**
- 2) отсутствие юридической оценки противоречий в фактах и свидетельских показаниях о наступлении у пациента биологической смерти к моменту изъятия органов;**
- 3) отсутствие юридической оценки противоречий в показаниях к применению лекарственных препаратов (средства для наркоза и миорелаксации) при наличии или отсутствии признаков биологической смерти);**
- 4) отсутствие юридической оценки нарушения порядка дачи согласия на изъятие органов со стороны судебно-медицинского эксперта (не присутствовал в лечебном учреждении и потенциального донора не видел, передал незаполненные бланки актов констатации биологической смерти бригаде хирургов).**

Практика предшествующих десятилетий сформировала набор стандартных вопросов, которые ставятся перед экспертными комиссиями:



- о характере имевшегося заболевания: Каким заболеванием страдал больной?

Имелось ли у него такое-то заболевание?;

- о правильности и полноте диагностики: Правильно и своевременно был установлен диагноз?.....

Если диагноз был установлен неправильно или несвоевременно, то к каким последствиям это привело?

Насколько полно произведено обследование больного?

Чем можно объяснить неустановление правильного диагноза?

Имела ли место объективная трудность диагностики?

Была ли возможность поставить правильный диагноз?;

- о правильности проведенного лечения или правильности действий медработников: Правильно ли проводилось лечение больного? Своевременно ли оно было начато? Была ли необходимость в проведении операции? Проведена ли операция технически правильно? Правильно ли осуществлялось лечение в послеоперационном периоде? Правильным ли было определенное действие, решение (указывается конкретно) данного медицинского работника? Не было ли противопоказано применение такого-то лекарственного средства? Допустима ли дозировка, в которой применено данное лекарство?;

- о последствиях неправильного лечения или неправильных действий и о возможности предотвращения этих последствий: Если лечение было неправильным, то в чем именно и к каким последствиям это привело?

Если действие, решение медицинского работника было неправильным, то к каким последствиям это привело?

Имелась ли возможность предотвращения неблагоприятных последствий? и т.д.;

- о причине смерти: Какова причина смерти..? Не наступила ли смерть... от..?

Что явилось основным в наступлении смертельного исхода: характер и тяжесть самого заболевания или недостатки, допущенные при лечении?

Субъективные факторы, которые могут привести к неправильной клинической диагностике:



- Незнание предмета
- Недостаточное обследование больного вследствие
- плохих привычек;
- недостаточных возможностей;
- плохой техники обследования больного;
- недостатка времени;
- тяжелого состояния больного.
- **Ошибки в суждении врача вследствие:**
- недостаточно конструктивного мышления;
- установки на безошибочность своего диагноза;
- предвзятости мнения;
- самолюбия и тщеславия;
- нелогичности выводов;
- нерешительности характера;
- стремления ставить особо «интересные диагнозы»; других черт характера врача, таких как склонность к пессимизму или излишнему оптимизму.

Следовательно, клинические и патологоанатомические диагнозы должны отвечать следующим требованиям:

- однозначности (каждое обозначение болезни, патологических изменений, причины смерти должно иметь только один смысл, одно толкование и единообразную лексическую запись);
- достаточной семантической силы (способности точно и полно отражать смысл диагноза, причины смерти);
- открытости (возможности, при необходимости, корректировки языка).

Требования к оформлению патологоанатомического и заключительного клинического диагнозов:
должны точно соответствовать МКБ-10, носить императивный характер, так как для статистического

учета и с судебно-правовых позиций требуется только первоначальная причина смерти.

Заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы должны быть четко рубрифицированы, т.е. всегда содержать три рубрики:



- 1) основное заболевание (в патологоанатомическом диагнозе — первоначальная причина смерти);
- 2) осложнения основного заболевания (включая смертельное осложнение — непосредственную причину смерти);
- 3) сопутствующие заболевания.

Отдельной подрубрикой, с красной строки после перечисления всех осложнений в рубрике «осложнений основного заболевания», указываются интенсивная терапия и реанимационные мероприятия (и их осложнения).

Нерубрифицированный заключительный клинический диагноз, так же как и патологоанатомический, непригоден для кодирования и статистического анализа и независимо от своего содержания не подлежит сличению (сопоставлению), в связи с чем **расценивается как неверно оформленный диагноз**. При отсутствии рубрификации заключительного клинического диагноза при его сличении с патологоанатомическим, независимо от результатов аутопсии, регистрируется расхождение диагнозов, которое относят ко II категории по субъективной причине — **неверной формулировке (оформление) клинического диагноза**.

Основным заболеванием (состоянием), по МКБ-10, является состояние, по поводу которого проводилось лечение или обследование, диагностированное в конце эпизода обращения за медицинской помощью.

Первоначальная причина смерти (обязательно оформляемая названием нозологической единицы) определяется как болезнь или травма, вызвавшая последовательный ряд процессов, непосредственно приведших к смерти.

Основное заболевание при летальном исходе — это одна или несколько (при комбинированном основном заболевании) нозологических единиц (заболеваний, травм, записанных в клиническом или патологоанатомическом диагнозах терминами, имеющимися в МКБ и отечественных классификациях), которые сами по себе или через обусловленные ими осложнения привели к летальному исходу. Эквивалентами основного заболевания могут быть обстоятельства несчастного случая (главным образом при ятрогенных осложнениях, явившихся первоначальными причинами смерти, т.е. случаи передозировки или дачи лекарств не по назначению и ряд непрофессионально выполненных медицинских вмешательств) или акт насилия, который вызвал смертельную травму.

Осложнениями основного заболевания следует считать нозологические единицы, синдромы и симптомы, патологические процессы, которые патогенетически (прямо или косвенно) связаны с основным заболеванием, но не считаются при этом его проявлениями.



Перечислять осложнения нужно в патогенетической или временной последовательности.

В конце рубрики «осложнений основного заболевания», после перечисления всех осложнений, с красной строки, в виде отдельной подрубрики «осложнения реанимации и интенсивной терапии» указывают факт проведения и осложнения (если они есть) интенсивной терапии и реанимации. Реанимационные осложнения характеризуют отдельные патологические изменения, возникшие в связи с реанимационными вмешательствами. Эти осложнения не могут рассматриваться в качестве причины смерти, как это иногда выставляется в исках к лечебным учреждениям.

В рубрику **«сопутствующие заболевания»** вносят все остальные нозологические единицы, диагностированные у больного, не связанные с основным заболеванием, осложнениями и танатогенезом, прежде всего те, которые требовали проведения лечебно-диагностических мероприятий и материальных затрат.

В клинико-патологоанатомическом эпикризе обычно отражают следующие вопросы:

- обоснование диагноза основного заболевания;
- характер осложнений и танатогенеза;
- анализ проявлений патоморфоза в связи с проводившимся лечением;
- результаты сличения клинических и патологоанатомических диагнозов основного заболевания и смертельных осложнений;
- указания на запоздалую диагностику и проведение лечебных мероприятий.

При летальных исходах, связанных с терапевтическими, хирургическими и диагностическими вмешательствами, важно получить информацию об их отрицательных эффектах. **Поэтому в качестве истинных ятрогенных болезней, приведших к смерти больного (ятрогенных осложнений, возведенных в понятие основных заболеваний), указываются и кодируются:**



- передозировка правильно назначенного лечебного средства,
- прием ошибочно назначенного лекарственного вещества,
- все непрофессионально выполненные диагностические, терапевтические и хирургические вмешательства и лечебные манипуляции,
- смертельные осложнения профилактических мероприятий, вакцинации,
- смертельные осложнения косметологических медицинских мероприятий,
- анафилактический шок,
- смертельные осложнения наркоза, других мероприятий, связанных с обезболиванием.

При оценке этих ситуаций следует ответить на вопрос: продолжал бы жить больной, если бы не произошло медицинского вмешательства?

Указанные вмешательства учитываются как первоначальная причина смерти больного и соответствующим образом шифруются по МКБ, а заболевание, по поводу которого предпринято вмешательство, ставится вторым (сочетанным) в комбинированном основном заболевании.

Все остальные неблагоприятные последствия медицинской помощи рассматривают как осложнения терапевтических и хирургических вмешательств. В их числе — случайное нанесение вреда больному, несчастные случаи, связанные с использованием медицинских приборов и устройств, аномальные реакции или поздние осложнения после выполнения медицинских процедур.

Следует отметить, что если медицинское вмешательство проводилось на патологически измененных органах и системах (перитонит и др.) или непредвиденные неблагоприятные реакции возникли при правильно выполненных медицинских мероприятиях, то первоначальной причиной смерти остается нозологическая единица, по поводу которой проводилось лечение, а ятрогенные осложнения остаются в рубрике осложнений.

Дефекты оформления мед. документации

Дефект	Влияние на качество экспертизы 
<p>Небрежное заполнение мед. документов, неразборчивость записей, нечитабельный почерк, грубые исправления, сокращение слов.</p>	<p>Неверная трактовка записей, необходимость допроса врача, удлинение срока производства экспертизы.</p>
<p>Некачественное описание повреждений: -при описании ран не указываются такие важные элементы, как края, концы ран, раневой канал, наличие дефекта ткани, пояски осаднения и загрязнения и т.д.; -при описании кровоподтеков не указывается цвет, контуры, болезненность; -при описании ссадин не указывается стадия их заживления. Часто не указываются количества, размеры, точная локализация повреждений.</p>	<p>Не позволяет эксперту решить вопрос о механизме, сроке образования повреждений, а в отдельных случаях определить тяжесть вреда здоровью.</p>
<p>Постановка диагноза «ушиб» только на основании болезненности в соответствующих анатомических областях, отек, нарушение функции, повреждения на коже, либо ссадины и кровоподтеки отождествляют с ушибом.</p>	<p>Без описания объективных признаков ушиба врач-судмедэксперт не может расценить его по тяжести вреда здоровью.</p>

Это приводит к необходимости привлечения к экспертизе врачей-консультантов, назначению повторной явки потерпевшей, увеличению сроков проведения экспертиз.

Если диагноз лечебного учреждения в ходе проведения экспертизы не



<p>Не подтверждается, зато приводит к несогласию с результатами к документам с одной стороны потерпевших и назначению повторных экспертиз, порождает жалобы на конкретных экспертов и на экспертное учреждение неврологический статус при поступлении;</p> <ul style="list-style-type: none">-записи, где в неврологическом статусе нет ни одного патологического симптома, тем не менее, выставляется диагноз – черепно-мозговая травма;-при диагнозе ушиб головного мозга не указывается степень ушиба, либо на протяжении всей истории степени ушиба меняется при неизменном неврологическом статусе;-врачи невропатологи поликлиник не описывают неврологического статуса при повторных приемах и ограничиваются записями: «в неврологическом статусе без динамики», «неврологически без особенностей» и т.д. В графе «диагноз» пишется: «диагноз тот же»;-без учета имеющихся у потерпевшего ранее травм, хронических заболеваний, возрастных изменений, ставится диагноз: «посттравматическая энцефалопатия».	<p>Это с результатами к документам с одной стороны потерпевших и назначению повторных экспертиз, порождает жалобы на конкретных экспертов и на экспертное учреждение врачей-консультантов, назначению повторной явки потерпевшей, увеличению сроков проведения экспертиз.</p> <p>Если диагноз лечебного учреждения в ходе проведения экспертизы не подтверждается, то это приводит к несогласию с результатами экспертизы со стороны потерпевших и назначению повторных экспертиз, порождает жалобы на конкретных экспертов и на экспертное учреждение.</p>
--	---



<p>При проведении экспертиз, связанных с травмами ЛОР-органов, наиболее часто встречаются следующие дефекты:</p> <ul style="list-style-type: none">- ставится диагноз: «посттравматический разрыв барабанной перепонки» без описания самого разрыва;- диагнозы: «посттравматическая нейросенсорная тугоухость, посттравматический отит» ставятся автоматически со слов потерпевшего. Как правило, факт травмы объективными признаками не подтвержден, не учитывается так же анамнез до травмы (наличие хронических заболеваний ЛОР-органов).	<p>Все это приводит к необходимости привлечения к экспертизе врачей-консультантов, повторной явке потерпевшего, увеличению сроков проведения экспертиз. Если диагноз лечебного учреждения в ходе проведения экспертизы не подтверждается, то это приводит к несогласию с результатами экспертизы со стороны потерпевших и назначению повторных</p>
<p>Описание повреждений подменяется диагностическими терминами:</p> <ul style="list-style-type: none">- множественные ушибленные раны;- огнестрельные повреждения и т.д.	<p>экспертиз.</p> <p>При проведении экспертизы эксперт видит хирургически обработанные раны, либо рубцы и без четкого описания морфологических признаков ран в представленных медицинских документах, эксперт не может определить механизм их</p>
<p>При наличии нескольких ранений не указывается, какое из ранений проникающее, а какое нет.</p>	<p>образования.</p> <p>Невозможность расценить по тяжести вреда здоровью каждое ранение.</p>

СПАСИБО!

