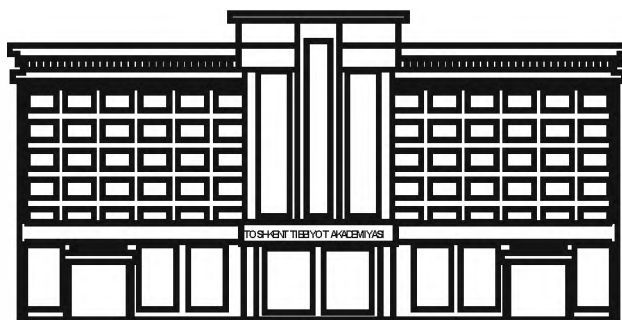


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2019 №1

2011 йилдан чиқа бошлаган

ТОШКЕНТ ТИББИЙОТ АКАДЕМИЯСИ АХБОРОТНОМАСИ



ВЕСТНИК ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	CLINICAL MEDICINE	
Бабаджанов Б.Д., Матмуротов К.Ж., Отажонов Ж.Х. ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНОЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	Babadjanov B.D., Matmurotov K.J., Otajonov J.H. APPLICATION OF MINIMALLY INVASIVE ENDOVASCULAR METHODS OF TREATMENT IN PATIENTS WITH DIABETIC GANGRENE OF THE LOWER EXTREMITIES.	45
Гиясов З.А., Назарова М.М., Бахриев И.И., Хакимов С.А., Вафоев З.Б. К ВОПРОСУ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ	Giyasov Z.A., Nazarova M.M., Bakhriev I.I., Khakimov S.A., Vafoyev Z.B. ON THE ISSUE OF EXPERT EVALUATION OF MEDICAL CARE FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS	49
Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Рузибоев С.А., Байбеков Р.Р. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОБЛЮДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ	Devyatov A.V., Babadjanov A.Kh., Ruziboev S.A., Baibekov R.R. EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS AFTER PORTOSYSTEMIC SHUNTING DEPENDING ON COMPLIANCE OF POSTOPERATIVE RECOMMENDATIONS	53
Джурабоева М.Х., Анварова Е.В., Рахманов Ш.А. СТРАТЕГИЯ ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ И НИЗКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЮ	Djurabaeva M.Kh., Anvarova E.V., Rakhmanov Sh.A. STUDYING THE STRATEGIES OF BEHAVIOR IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS WITH MULTIPLE DOSING STABILITY AND LOW AGREEMENT TO TREATMENT	60
Зокирходжаев Ш.Я., Жалолов Н.Н., Ибрагимова М.М., Махмудова И.А. СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТЛАР ПАРЎЕЗТЕРАПИЯСИДА МАЎАЛЛИЙ ДУККАКЛИ МАХСУЛОТЛАРНИ ҚЎЛЛАШ	Zokirkhodjayev S.Y., Jalolov N.N., Ibragimova M.M., Makhmudova I.A. THE USE OF LOCAL LEGUMES IN THE DIET THERAPY OF CHRONIC HEPATITIS	64
Индиаминов С.И., Мардонов Т.М., Расулова М.Р. ХАРАКТЕР И ОСОБЕННОСТИ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОМПЛЕКСА ГОРТАНИ	Indiaminov S.I., Mardonov T.M., Rasulov M.R. CHARACTER AND PECULIARITIES OF MECHANICAL INJURIES OF LARYNX COMPLEX.	69
Исламов Ш.Э., Махматмуродова Н.Н. НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГОВ	Islamov Sh.E., Makhmatmuradova N.N. IMPROPER MEDICAL ASSISTANCE IN ACTIVITIES OBSTETRICIANS-GYNECOLOGISTS	73
Каримов М.Ю., Холмуродов У.Т., Толочко К.П. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ТРАВМОЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА В БЛИЖАЙШЕМ И ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПУТЕМ ВНЕДРЕНИЯ ТАКТИКИ РАННЕЙ АРТРОСКОПИИ	Karimov M.Yu., Kholmurodov U.T., Tolochko K.P. THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE KNEE INJURY IN THE NEAR AND LONG-TERM PERIOD THROUGH THE INTRODUCTION OF TACTICS OF EARLY ARTHROSCOPY	77

К ВОПРОСУ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ

Гиясов З.А., Назарова М.М., Бахриев И.И., Хакимов С.А., Вафоев З.Б.

БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРГА КЎРСАТИЛАДИГАН ТИББИЙ ЁРДАМНИ ЭКСПЕРТ БАҲОЛАШ МАСАЛАСИ ҲАҚИДА

Гийёсов З.А., Назарова М.М., Бахриев И.И., Хакимов С.А., Вафоев З.Б.

ON THE ISSUE OF EXPERT EVALUATION OF MEDICAL CARE FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS

Giyasov Z.A., Nazarova M.M., Bakhriev I.I., Khakimov S.A., Vafoyev Z.B.

Ташкентская медицинская академия

Мақсад: комиссия суд-тиббий экспертиза материаллари асосида тиббий ёрдам нуқсон (ТЁН)ларини таҳлил қилиш. **Материал ва усуллар:** Тошкент вилояти суд-тиббий экспертиза бюросида 2016-2017 йилларда ўтказилган комиссия суд-тиббий экспертиза (КСТЭ) маълумотлари таҳлил қилиниб, шу вақт оралиғида болалар ва ўсмирларга нотўлақон тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича 51 та экспертиза ўтказилган бўлиб, у жами КСТЭларни 31,3% ни ташкил этди. Натижалар таҳлили таққослаш, логик ва статистик усулларда олиб борилди. **Натижа:** жами 52 ТЁН аниқланиб, 11 та ҳолатда иккита ва ундан кўп нуқсон аниқланди. Ёш кесимида кўп қисмини 1 ёшгача бўлган болалар (55,3%) ва 1-3 ёшлилар (21,1%) ташкил этган. 39 (76,5%) нуқсонлар оқибатга салмоқли таъсир кўрсатган. Улардан 34таси болалар аҳволини оғирлаштириб, ўлимига сабаб бўлган. ТЁНларининг ярмидан кўпи стационар тиббий муассасаларда юз берган. 80% ТЁНлари субъектив сабаблар – малакасининг етарли эмаслиги, беморга эътиборсизлиги натижасида юз бериб, барчаси оқибатга салмоқли таъсир кўрсатган. **Хулоса:** болалар ва ўсмирларда тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини яхшилаш бўйича самарали чораларни ишлаб чиқишда КСТЭ материалларини таҳлил қилиш натижалари қўлланилиши керак.

Калит сўзлар: тиббий ёрдам нуқсони, болалар ва ўсмирлар, комиссия суд-тиббий экспертиза.

Objective: A comprehensive analysis of medical care defects (MCD) on the materials of the CFME. **Material and methods:** The object of the study was the materials of the CFME conducted in the Tashkent Regional Bureau of Forensic Medical Examination in 2016-2017. In total, during this period, 51 (38) examinations were conducted about the inadequate provision of medical care to children and adolescents, which accounted for 31.3% of the total number of CFME. The analysis of the obtained results was carried out using comparative, logical and statistical research methods. **Results:** In total, 52 MCD were verified, since in 11 cases two or more defects were identified. When analyzing the age structure of the patients, it was found that the majority were children under the age of 1 year (55.3%) and 1-3 years (21.1%). 39 (76.5%) defects had a significant impact on the outcome. Moreover, 34 of them, aggravating the condition of children, contributed to the onset of death. More than half of MCD admitted to inpatient medical institutions. About 80% of MCD occur for subjective reasons - due to lack of qualifications or inattention to the patient and have a significant impact on the outcome.

Key words: medical care defect, children and adolescents, commission forensic medical examination.

Научно-технический прогресс последних десятилетий вывел на новый уровень лечебные подходы ко многим ранее неизлечимым болезням, сделал доступным доклиническую диагностику некоторых заболеваний [9]. Это жизненно важно для пациентов детской возрастной категории, ранняя инвалидизация которых при той или иной хронической патологии без адекватного оказания качественной медицинской помощи, а также социальной адаптации и психолого-педагогической коррекции кардинально меняет качество жизни как самого пациента, так и членов его семьи [6].

К сожалению, в настоящее время не все пациенты детского возраста получают адекватную терапию, соответствующие современным подходам схемы лечения, многие страдают от полипрагмазии и излишнего медицинского вмешательства [7,8]. Показатели детской и подростковой смертности отражают состояние педиатрической службы, а также уровень социально-экономического развития общества в целом.

Основной целью реформирования системы здравоохранения в Узбекистане является обеспечение прав граждан на квалифицированное медицинское обслуживание. При этом охрана здоровья детей остается одним из главных приоритетов политики государства [3].

Одним из наиболее доступных, простых и в то же время эффективных способов повышения качества медицинской помощи является выявление и устранение имеющихся в деятельности медицинских работников недостатков [1,4].

В этом плане судебно-медицинская служба занимает особое место. Так, наряду с основной задачей – производство судебно-медицинских экспертиз, судебно-медицинские учреждения должны проводить мероприятия, направленные на повышение качества оказания медицинской помощи населению. Большое значение приобретают комиссионные судебно-медицинские экспертизы (КСМЭ), произведенные в случаях профессиональных правонарушений медицинских работников (ППМР) [2].

Цель исследования

Комплексный анализ дефектов медицинской помощи (ДМП) по материалам КСМЭ.

Материал и методы

Объектом исследования были материалы КСМЭ, проведенные в Ташкентском областном бюро судебно-медицинской экспертизы в 2016-2017 гг. Всего за данный период по поводу ненадлежащего оказания медицинской помощи детям и подросткам проведена 51 экспертиза, что составило 31,3% от общего числа КСМЭ. Следует отметить, что указанные экспертизы выполнены в соответствии с требованиями действующих правил с включением состав экспертной комиссии специалистов необходимого клинического профиля.

Для комплексного анализа разработана модификация классификации ДМП, в которой были систематизированы сушность недостатков, допущенных специалистами различного профиля, причины возникновения дефектов, а также степень их влияния на развитие неблагоприятного исхода. Анализ полученных результатов проводился с использованием сравнительного, логического и статистического методов. Полученные данные были подвергнуты статистической обработке с использованием пакета прикладного программного обеспечения Microsoft Excel 2003, для чего использовались расчеты диапазонов значений показателей, принятых в медико-биологической статистике.

Результаты и обсуждение

В процессе производства КСМЭ экспертными комиссиями недостатки в оказании медицинской помощи выявлены в 38 (74,5%) из 51 случая. Эти случаи и явились предметом дальнейшего анализа. Всего было верифицировано 52 ДМП, так как в 11 случаях определено два дефекта и более.

При анализе возрастной структуры больных установлено, что большинство из них были дети в возрасте до 1-го года (55,3%) и 1-3-х лет (21,1%).

В разрезе субъектов профессиональных правонарушений медицинских работников наиболее часто ДМП были допущены средними медицинскими работниками (25%), врачами общей практики (19,2%). Следующие места занимали неонатологи (11,5%) и педиатры (9,6%). Таким образом, на долю этих медицинских работников приходилось более 2/3 всех ДМП.

В соответствии с классификацией ДМП по месту их допущения различаются амбулаторные, стационарные и прочие медицинские учреждения. Установлено, что более трети (38,5%) ДМП было допущено в амбулаторных учреждениях, в основном средним медицинским персоналом и врачами общей практики сельских врачебных пунктов и семейных поликлиник. Более половины (57,7%) ДМП были допущены в стационарных медицинских учреждениях, из них недостатки в оказании медицинской помощи чаще имелись в работе сотрудников клиник вузов, НИИ, областных многопрофильных центров и подразделений экстренной медицинской помощи. Следует подчеркнуть, что в данных стационарных учреждениях из 28 выявленных дефектов 5 были допущены медицинскими сестрами. 2 случая вошли в третью группу – прочие учреждения, в которых

ДМП были допущены в учреждении частной системы здравоохранения и при оказании помощи на дому.

Согласно действующим правилам, при проведении КСМЭ экспертными комиссиями, прежде всего, необходимо верифицировать характер (сушность) ДМП. В этом плане деятельность медицинских работников сопоставляется с требованиями общепринятой практики – в основном с утвержденными стандартами лечения и диагностики.

Различаются дефекты диагностики, лечения, профилактики и прочие недостатки. К последней группе отнесены нарушения правил транспортировки больных, недостатки диспансерного наблюдения и ведения медицинской документации.

По результатам анализа установлено, что по материалам КСМЭ при оказании медицинской помощи детям и подросткам дефекты диагностики, лечения и прочие недостатки наблюдались почти в равных пропорциях (30,8-32,7%) (табл. 1).

Таблица 1
ДМП, допущенные у детей и подростков

Вид дефекта	Кол-во ДМП, %
Дефекты диагностики	30,76
Дефекты лечения	32,69
Дефекты профилактики	5,77
Прочие дефекты	30,77

Большинство (68,8%) дефектов диагностики заключалось в нераспознавании основной патологии (пневмонии, врожденные пороки сердца, инвагинация кишечника) и чаще допускалось педиатрами и инфекционистами.

Среди дефектов лечения преобладали недостатки назначения и проведения медицинских процедур (58,8%), чаще имевшее место в деятельности средних медицинских работников.

Нарушения правил диспансерного наблюдения занимали ведущее место (62,5%) среди прочих недостатков оказания медицинской помощи. Они отмечались в деятельности врачей общей практики и средних медицинских работников, что свидетельствует о существующей проблеме в оказании первичной медико-санитарной помощи.

Дефекты профилактики отмечались гораздо реже (5,8%) и заключались в нарушении установленных санитарных норм и правил.

Определение экспертными комиссиями причин возникновения ДМП имеет важное значение в правовой оценке оказанной медицинской помощи.

Установлено значительное преобладание субъективных причин. Так, с причинами сугубо субъективного характера, в основном с недостаточной квалификацией медицинского работника или невнимательным отношением к пациенту был связан 41 из 52 ДМП.

Недостатки в организации лечебно-диагностического процесса в учреждении явились причиной 5 ДМП, 3 из которых наблюдались в работе неонатологов.

В 6 случаях ДМП были связаны с поздним обращением за медицинской помощью, т.е. с причинами объективного характера (табл. 2).

Таблица 2
Распределение причин ДМП по группам

Причина	Кол-во ДМП, %
Субъективная	78,8
Организационная	9,6
Объективная	11,6

Следует отметить некоторые особенности структуры причин среди различных специалистов. Так, если все ДМП инфекционистов, средних медицинских работников возникали по субъективным причинам, то половина дефектов в деятельности неонатологов была обусловлена организационными причинами, все недостатки оказания нейрохирургической помощи были связаны с объективными факторами (рис. 1).

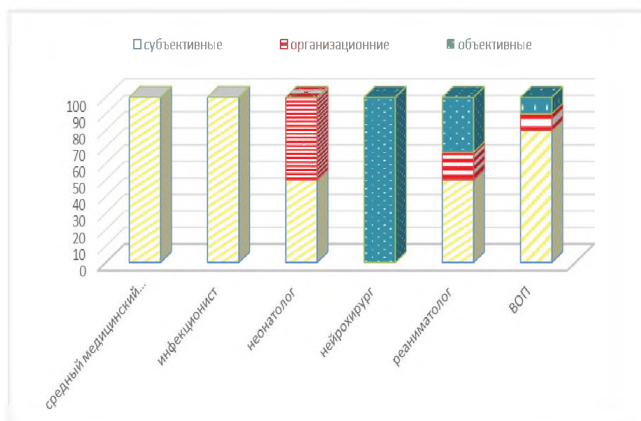


Рис. 1. Распределение ДМП, %.

При анализе КСМЭ также установлено, что все недостатки диспансерного наблюдения, ведения медицинской документации и назначения, проведения медицинских процедур были допущены по субъективным причинам, тогда как нарушения правил транспортировки были связаны с причинами организационного характера.

В юридической квалификации профессиональных правонарушений имеет значение степень влияния ДМП на исход (табл. 3).

Таблица 3
Степень влияния ДМП на исход

Исход	Кол-во ДМП, %
Удлинение срока лечения	9,62
Наступление инвалидности	1,92
Летальный исход	9,62
Способствовал наступлению смерти	65,38
Не оказал существенное влияние на исход	13,39

Значительное влияние на исход оказали 39 (76,5%) дефектов. 34 из них, усугубляя состояние детей, способствовали наступлению смерти.

Пример 1. Мальчик, 14 лет, обратился в сельский врачебный пункт с жалобами на кашель, насморк, высокую температуру. Врачом общей практики поставлен диагноз: “Острая респираторная инфекция”, назначено лечение. Состояние больного ухудшалось. Через 15 дней он скончался. При исследовании

трупа установлено: двусторонняя пневмония, плеврит, сепсис, септициемия, сердечно-легочная недостаточность. В этом случае из-за невнимательного отношения к пациенту допущен дефект диагностики, который оказал существенное влияние и способствовал наступлению смерти.

Вместе с тем, установлено, что 5 ДМП явились прямой причиной летального исхода.

Пример 2. Новорожденный, недоношенный младенец. Диагноз при рождении: “Внутриутробная инфекция, внутриутробная пневмония, острое течение”. Проводилось лечение, на 3-й день появились рвота, метеоризм, слабость. Был введен назогастральный зонд, из зонда начала выделяться масса в виде “кофейной гущи”. На 7-е сутки после родов переведен в детскую больницу. На следующий день младенец скончался. При патологоанатомическом исследовании трупа установлено: перфорация стенки желудка зондом, перитонит. В данном случае дефект лечения – проведение медицинской процедуры в виде перфорации стенки желудка зондом – возник по субъективной причине – из-за недостаточной квалификации неонатолога, что и стало причиной смерти.

Таким образом, резюмируя результаты анализа материалов КСМЭ по поводу оказания медицинской помощи детям и подросткам, можно прийти к заключению, что частота комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников согласно данным судебно-медицинской службы остается высокой, что обуславливает социальную значимость проблемы [3,5].

Выводы

1. При оказании медицинской помощи младенцам и детям в возрасте до 3-х лет дефекты наиболее часто допускаются средними медицинскими работниками, врачами общей практики, неонатологами и педиатрами.

2. Более половины ДМП допущены в стационарных медицинских учреждениях. Около 80% ДМП возникают по субъективным причинам – из-за недостаточной квалификации или невнимательного отношения к пациенту и оказывают значительное влияние на исход.

3. Результаты анализа материалов КСМЭ следует использовать в разработке эффективных мер по повышению качества оказания медицинской помощи детям и подросткам.

Литература

- Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Вишнёва Е.А. Комплексный подход к оценке качества медицинской помощи в педиатрии // Педиатр. фармакол. – 2015. – №2 (5). – С. 517-523.
- Ерофеев С.В., Купрюшин А.С., Ефимов А.А. и др. Характеристика случаев неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи детям в шести субъектах Российской Федерации // Саратовский науч.-мед. журн. – 2017. – №13 (1). – С. 10-13.
- Ибрагимов А.Ю., Асадов Д.А., Менликулов П.Р. Основные направления реформирования здравоохранения в Республике Узбекистан // Проблемы соц. гиг., здравоохран. и ист. медицины. – 2012. – №4. – С. 56-57.

4. Ковалев А.В., Мартемьянова А.А. О классификации видов оказания медицинской помощи больному // Суд.-мед. экспертиза. – 2015. – №2. – С. 4-8.

5. Саркисян Б.А., Шабкина Н.Б., Новоселов В.П. Ятрогенная патология в практике судебно-медицинской экспертизы // Сибирский мед. журн. – 2010. – №25 (4-1). – С. 137-141.

6. Gawron V.J., Drury C.G., Fairbanks R.J., Berger R.C. Medical error and human factors engineering where are we now? // Amer. J. Med. Qual. – 2016. – Vol. 21, №1. – P. 57-67.

7. Kozler E., Sconik D., Macpherson A. et al. Variables associated with medication errors in pediatric emergency medicine // Pediatrics. – 2012. – Vol. 110, №4. – P. 737-742.

8. Olsen P.M., Lorentzen H., Thomson K. Medication errors in a pediatric department // Ugeskr. Laeger. – 2011. – Vol. 159 (16). – P. 2392-2395.

9. Vincent C., Knox E. Clinical risk – modification, quality and patient safety: Inter relationships, problems and future potential // Best. Pract. Benchmarking. Healthc. – 2010. – Vol. 2, №6. – P. 221-226.

К ВОПРОСУ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ

Гиясов З.А., Назарова М.М., Бахриев И.И., Хакимов С.А., Вафоев З.Б.

Цель: комплексный анализ дефектов медицинской помощи (ДМП) по материалам КСМЭ.

Материал и методы: проанализированы материалы КСМЭ Ташкентского областного бюро судебно-медицинской экспертизы за

2016-2017 гг. Всего за этот период проведена 51 экспертиза по поводу ненадлежащего оказания медицинской помощи детям и подросткам, что составило 31,3% от общего числа КСМЭ. Использовали сравнительный, логический и статистический методы. **Результаты:** всего было верифицировано 52 ДМП, так как в 11 случаях определено два дефекта и более. При анализе возрастной структуры больных установлено, что большинство были дети в возрасте до 1-го года (55,3%) и 1-3-х лет (21,1%). 39 (76,5%) дефектов оказали значительное влияние на исход. При этом 34 ДМП, усугубляя состояние детей, способствовали наступлению смерти. Более половины ДМП допущены в стационарных медицинских учреждениях. Около 80% ДМП возникают по субъективным причинам – из-за недостаточной квалификации или невнимательного отношения к пациенту и оказывают значительное влияние на исход. **Выводы:** результаты анализа материалов КСМЭ следует использовать при разработке эффективных мер по повышению качества оказания медицинской помощи детям и подросткам.

Ключевые слова: дефект медицинской помощи, дети и подростки, комиссия судебно-медицинская экспертиза.

