

В.К. ДАДАБАЕВ

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава
России*

В средствах массовой информации освещаются практические случаи, связанные с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, которые зачастую основаны на предварительных данных правоохранительных органов.

Актуальность данного вопроса несомненное, чем обоснован интерес правоохранительных органов, в частности, в 2018 году, в Следственном комитете Российской Федерации (СК РФ) создан судебно-медицинский отдел по расследованию дел о профессиональных правонарушениях медицинских работников (по так называемым «врачебным делам»).

Необходимо отметить, что как такого понятия «врачебной ошибки» законодательно не установлено. Если апеллировать юридическим термином то «врачебная ошибка» - неумышленное заблуждение врача (или любого другого медицинского работника) в ходе его профессиональной деятельности, если при этом исключается халатность и недобросовестность.

В соответствии со статьей 41 Конституции Российской Федерации, каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Данное право также закреплено в статье 18 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (далее – ФЗ-323), а ст.ст. 4, 11 данного федерального закона регламентируют недопустимость отказа гражданину в оказании медицинской помощи.

Следует отметить, что в соответствии со ст. 37 ФЗ-323, 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, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации.

Кроме того, в цепочке оказание медицинской помощи на всех этапах по мимо врача – специалиста задействован и другой медицинский персонал. Ответственность врачебного и младшего медицинского персонала перед «содеянным» одинаковая. Однако, зачастую доказать вину за допущенную медицинскую ошибку приведшую к инвалидизации или летальному исходу по ряду причин не всегда представляется возможным. От слаженных действий хирургической бригады зависит жизнь пациента. Подбор и квалификация техническое пособие оперирующего персонала шлифуется годами. В ряде случаев хорошо сложенная бригада – команда выполняет трудоемкие оперативные вмешательства, как говорится на одном дыхании и неоспоримо,

важная составляющее этого звена принадлежит медицинским сестрам. От их умение и знания и за частую интуиции - предугадывание какой именно инструмент будет необходим оперирующему хирургу зависит ход оперативного вмешательства. Ответственность операционной медицинской систры в момент оперативного вмешательство неоспорима, на нее возложено важная миссия: от подачи инструмента в ходе операции до подсчета инструмента, шовного материала и салфеток. Однако, в обязанности оперирующего хирурга в первую очередь возложена ответственность на всех этапах оперативного вмешательства.

Целью нашего исследования явилось установление причины халатного отношение к гр. А., 1999 года рождения и правильности действий медицинского персонала.

Материалы и методы исследования. Материалы исследования: медицинские документы стационарная карта больного гр-на А., 1999 г.р.

Исследование представленных медицинских документов проводилось по общепринятой в судебной медицине и экспертной практике методике исследования: изучение, сопоставление, системный анализ, проверка и оценка содержащихся в них сведений.

Результаты исследования: медицинских документов – стационарной карты больного ЦРБ гр. А., 1999 года рождения. из которой известно, что: «...10.02.16г., в 09:20 поступил в хирургическое отделение. При первичном осмотре: жалоб не предъявляет. Из анамнез: Со слов врача СМП, больной вечером ощущал тяжесть, тянувшую боль внизу живота, однократную рвоту, после чего ее состояние резко ухудшилось. А/Д 125/85 мм.рт.ст. Вызвана СМП и больная госпитализирована в хирургическое отделение стационара. 10.02.2016г. 09:20 Состояние резко ухудшилось. Жалобы на боли в животе, в нижних отделах слева. Заболел 10.02.16г. когда появились боли в животе, отмечается подъем температуры до 38 С. рвота. В ан. крови Л- 5,2. Боли в животе продолжали беспокоить, усилились. Состояние средней тяжести. Незначительная иктеричность кожных покровов и склер сохранен. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС- 102 в мин. Живот подвздут симметричен. Пальпаторно – отмечается легкое напряжение передней брюшной стенки наиболее выраженная в нижних отделах живота. Под лоном справа и слева. Над лоном неотчетливо без грубых границ. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Перестальтический шум кишечника выслушивается. Печень + 2 см. Стул после клизмы – не получено. Диагноз Острый аппендицит.

11.45 операция № 156333: «Диагноз: Острый аппендицит?
Операция: Лапароскопическая аппендэктомия. Резекция сальника. Санация и дренирование брюшной полости... Под интубационным наркозом после обработки операционного поля открытым способом выше пупка, заведён троакар с лапароскопом 10 мм, создан карбоксиперитонеум 14 мм рт. ст, поставлены манипуляторы в левой подвздошной области и по средней линии. При обзорной лапароскопии петли кишечника укрыты сальником, по флангам с 2х сторон имеется умеренное количество прозрачного выпота. Червеобразный

отросток окутан сальником. Сальник отделён с отростка. Выделен червеобразный отросток, брыжейка коагулирована. На расстоянии 1.0 см от основания имеется перфорационное отверстие 8 мм (на 2/3 диаметра). Отросток пережат у основания 8 мм клипсой, на основание отростка наложена петля Редера. Отросток ампутирован, удалён с 100 мм троакаром. Раневой канал обработан хлоргексидином. Туалет брюшной полости. Контроль на гемостаз - сухо. На кожные раны швы, асептические повязки. Для дальнейшего лечения переведён в реанимационное отделение».

Больной систематически наблюдается врачами: лечащим врачом, зав. отделением. По стабилизации состояния 12.02.16г переведён в отделение хирургии. Далее состояние с улучшением. С 13.02 - состояние удовлетворительное. Температура нормальная. 16.02.16 г. Сняты швы, заживление первичным натяжением. Дата выписки 17.02.16 года.

Однако на 5 сутки после выписки (22.02. 16г) в экстренном порядке поступает в больницу с признаками острого живота. При динамическом обследовании органов брюшной полости выявлен инородный предмет (рис1). В ходе оперативного вмешательства инородный предмет извлечен. Раневой канал обработан хлоргексидином, брюшная полость промыта физиологическим раствором (800 мл) до чистых вод. Туалет брюшной полости. Контроль на гемостаз - сухо. Под контролем оптики поставлен 2-хпросветный дренаж из разреза в левой подвздошной области до правого подреберья. На кожные раны швы, асептические повязки....

С 23.02 - состояние удовлетворительное. Температура нормальная. 27.02.16 г. Сняты швы, заживление первичным натяжением. Дата выписки 28.02.16 года».

Выводы: В ходе нахождения гр. А., 1999 в условиях стационара, пациенту не было проведено ультразвуковое и рентгенологического исследование брюшной полости.

Кроме того, в ходе оперативного вмешательства было допущена техническая погрешность, оставлен инородный предмет (рис 1). Так как, оперативное вмешательство проводилось в операционной, используемый хирургический инструмент был стерильным, а также своевременное действие врачей направленное на выявление патологии - инородного предмета позволило избежать развитию перитонита (сепсиса).

Поэтому, обращаем внимание на то, что правильной учет хирургического инструментария и стерильного материала (салфеток, тампонов) позволяет избежать чреватых процессов и привлечение врачей к ответственность. Пациент отказался от претензий к медицинскому учреждению т.к. внимательное отношение медицинского персонала пост операционном периоде позволили скорому выздоровлению. В нашем случае исход этого инцидента для всех участников закончился благоприятно.

Однако с учетом недостатков выявленных в ходе изучения медицинских документов если указанное деяние повлекло смерть больного то как правило,

медицинские профессиональные преступления должны характеризоваться формой вины и вид косвенного умысла к неосторожности. Косвенный умысел характеризуется осознанием опасности совершаемых действий, предвидением возможности их наступления, не желанием, но сознательно допущением их наступления или к ним безразличным отношением. Статья 26 УК РФ дает характеристику преступления, совершенного по неосторожности. Преступление признается совершенным по легкомыслию, если лицо предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на предотвращение этих последствий. Преступление признается совершенным по небрежности, если лицо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должно было и могло предвидеть эти последствия.

От любых разновидностей умышленной и неосторожной вины следует отличать так называемый случай, т.е. невиновное причинение вреда. Статья 28 УК РФ дает понятие невиновного причинения вреда. Деяние признается совершенным невиновно, если лицо, его совершившее, не осознавало и по обстоятельствам дела не могло осознавать общественной опасности своих действий (бездействия), либо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий и по обстоятельствам дела не должно было или не могло их предвидеть. Деяние признается также совершенным невиновно, если лицо, его совершившее, хотя и предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но не могло предотвратить эти последствия в силу несоответствия своих психофизиологических качеств требованиям экстремальных условий или нервно-психическим перегрузкам.

Рис. 1 Инородный предмет (зажим)



Литература:

1. Дадабаев В.К. Анализ судебно-медицинских экспертиз по качеству оказания медицинской помощи в Тверской области . : / В.К. Дадабаев // Верхневолжский медицинский журнал. – 2006. – Т. 4. – Вып. 1-2. - С. 69-71
2. Дадабаев, В.К. Юридическая ответственность при ведении медицинской документации / В.К. Дадабаев, В.Н. Стрельников, В.И. Тищенко // Вопросы здравоохранения, теоретической и прикладной медицины. Ежегодный сборник научно – практических работ.- Тверь, издательство «Фактор». – 2011. -144 с.
3. Дадабаев. В.К. Внедрение научно-технических инноваций в судебно-медицинской и криминалистической деятельности / В.К. Дадабаев, В.Н. Стрельников // Международный научно-исследовательский журнал. Екатеринбург . 2013 / № 12 (19) Ч.3. С. 42 – 44.
4. Дадабаев В.К. «Новые научные методы, как путь достижения объективной истины при расследовании преступлений против личности» / В.К. Дадабаев, А.А. Стрелков // Материалы Международной научно-практической конференции: «Уголовный процесс: от прошлого к будущему», ФГКОУ ВО «Академия Следственного комитета Российской Федерации» Москва, 21 марта 2014 г., часть 2, С. 246 - 252.
5. Дадабаев, В.К. Судебная медицина в Тверской области и характеристика назначений комиссионных экспертиз / В.К. Дадабаев // Лечебно-диагностические, морфо-функциональные и гуманитарные аспекты медицины : ежегод. сб. науч. - практ. Работ. - Тверь, 2007. - С. 84-88.
6. Дадабаев, В.К. Гражданко-правовая ответственность медицинских работников за допущенные дефекты при ведении медицинской документации / В.К. Дадабаев, В.Н. Стрельников, В.И. Тищенко, Л.Н. Верещагина// Верхневолжский медицинский журнал. – № 3 - 2012 - С. 43 - 46