

чение по поводу сразу нескольких заболеваний. Больные получают сложное сочетание препаратов, однако сочетанная их эффективность и возможные лекарственные взаимодействия часто еще не полностью изучены. Следующим вопросом в ведении хронического больного становится обучение приемам самопомощи, умению связать изменения в своем поведении с имеющимся у них заболеванием. Здесь хорошо зарекомендовали себя школы здоровья для больных. На современном этапе – это помощь больному выработать адекватное отношение к своей болезни, и таким образом положительно влиять на её течение, т.е. когда речь идёт не только о повышении качества жизни больного, но также и о преодолении болезни или преодолении стресса. Рассмотренные отдельные проблемы ведения хронического больного позволяют сделать вывод, что изменения в системе здравоохранения, личное участие больного, крепкие социальные связи и степень мотивации будут действовать в целях улучшения здоровья хронического больного и контроля над своим заболеванием.

**МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД
К ИЗУЧЕНИЮ КАЧЕСТВА
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТАМ С НАРУШЕНИЕМ
РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ**

Гайдарова А.Э.

*ФГУ ЮОМЦ ФМБА РФ, Махачкала,
e-mail: ali.969@mail.ru*

Рассмотрен подробный алгоритм оценки качества медицинской помощи пациентам с нарушениями репродуктивного здоровья.

Резвившийся в стране социально-экономический кризис привел к негативным сдвигам в состоянии здоровья населения страны, затрагивая все его составляющие. В последние годы отмечается интенсивный рост заболеваемости с нарушением репродуктивной функции (А.Л. Линденбратен, 2005; Е.И. Нестеренко, М.А. Шарафутдинов, 2006; Ю.П. Лисицын, 2009; А.А. Калининская и др. 2011).

Целью исследования явилось определение методологических подходов к экспертному анализу качества медицинской помощи пациентам с нарушениями репродуктивного здоровья по материалам уголовных и гражданских дел о профессиональных правонарушениях врачей-урологов/гинекологов. Объектом научного анализа явилась содержательная сторона экспертиз по материалам «врачебных» дел при оказании медицинской помощи урологическим и гинекологическим больным по республике Дагестан. При этом было изучено 68 заключений по материалам уголовных дел рассматриваемой категории и 42 заключения по материалам гражданских дел. Проанализировано 90 протоколов лечебно-контрольных комиссий и комиссий по

изучению летальных исходов при урологических и гинекологических заболеваниях, а также 90 медицинских карт стационарных больных по каждому случаю, ставшему предметом изучения экспертных комиссий. Проведено анкетирование врачей-урологов и гинекологов (356 единиц наблюдения), традиционно относимых к категориям высокого профессионального риска.

С помощью комплексного системного подхода к объекту исследования установлен алгоритм экспертного анализа качества медицинской помощи пациентам урологического и гинекологического профиля:

1. Построение системы экспертных версий относительно причины неблагоприятного исхода заболевания;

2. Экспертный анализ заболевания, имевшего место у пациента;

3. Экспертный анализ организации и условий осуществления (включая характер деяний самого пациента и его законных представителей) лечебно-диагностического процесса;

4. Экспертный анализ правильности, полноты, своевременности и адекватности лечебно-диагностического процесса;

5. Экспертный анализ результатов лечебно-диагностического процесса и признаков причинной связи.

Экспертный анализ при производстве экспертиз по материалам «врачебных» дел начинается с построения системы экспертных версий относительно неизвестного основания – причины неблагоприятного исхода урологического и гинекологического заболевания, включающей в себя пять версий. Неблагоприятный исход связан с:

- Закономерным развитием патологических процессов, вызванных основным заболеванием.
- Несчастливым случаем в медицине.
- Виновными действиями (бездействием) пациента или его законных представителей.
- Виновными действиями (бездействием) медицинских работников.
- Профессиональной ошибкой медицинских работников.

Результаты проведенного анкетирования медицинских работников свидетельствуют о неоднозначной оценке ими влияния особенностей течения урологического (гинекологического) заболевания на вероятность достижения неблагоприятного исхода лечения. Наибольшее значение (2,5 балла по трехбалльной шкале) придается врачами-урологами (гинекологами) таким обстоятельствам, как состояние пациента в момент поступления в ЛПУ (тяжелое, агональное, бессознательное и пр.), характер варианта (формы, стадии) основного заболевания, имевшего у него место (2,4 балла), наличие диагностических категорий высокого риска (2,1 балла), что определяет необходимость более детального и скрупулезного подхода к экспертному анализу заболевания и его роли в исходе лечения.

Как показывает анализ заключений комиссий экспертов, наименьший удельный вес (2,6%) в структуре вопросов экспертных заданий занимают вопросы, лечебно-диагностического процесса. В тоже время результаты анкетирования врачей-урологов и гинекологов, свидетельствуют о влиянии ряда, факторов на вероятность наступления неблагоприятного исхода лечения, в числе которых уровень экстремальности ситуации (2,5 балла по трехбалльной шкале), недостаточное материально-техническое обеспечение (2,2 балла), ограниченность имеющихся в наличии методов обследования больного (2 балла), либо их несовершенство (1,8 балла). Из числа внутренних факторов – уровень квалификации врача (2,7 балла) и уровень его общемедицинских знаний (2,3 балла), стаж работы по специальности (2,2 балла), психофизиологические характеристики врача (1,9 балла) и соответствие их нервно-психическим перегрузкам (1,5 балла).

Экспертный анализ процесса оказания медицинской помощи начинается с составления технологической матрицы лечебно-диагностического процесса при заболеваниях репродуктивной системы, включающей в себя: нормативно-правовые основы деятельности врача-специалиста, научную и методическую базу, а также данные клинической практики в урологии, гинекологии. Сведения, содержащиеся в технологической матрице, составляют информационную основу для анализа конкретной клинической ситуации.

Проведенный в рамках настоящего исследования анализ заключений экспертиз по материалам гражданских и уголовных «врачебных» дел показал, что лишь в 6,4% из них имели место ссылки на нормативно-правовые акты. То есть, в большинстве заключений комиссий экспертов отсутствует информация, позволяющая установить соответствие действий медицинских работников правовым предписаниям. Это затрудняет установление признаков правомерности или противоправности в действиях (бездействии) медицинских работников. Не являются исключением случаи отказа экспертов ответить на вопрос о соответствии действий лечащего врача нормативным предписаниям, обосновываемого отсутствием в предоставленных на экспертизу материалах дела нормативно-правовых актов (28,2%).

Традиционными критериями экспертных оценок лечебно-диагностического процесса выступают критерии правильности, полноты и своевременности, реже – адекватности. Как показывают результаты исследования, в большинстве заключений экспертизы (72,7 случаев в расчете на 100 экспертиз) полнота, своевременность и адекватность лечебно-диагностических мероприятий либо отсутствуют как самостоятельные критерии оценки, либо

упоминаются как составляющие критерия правильности. Адекватность как соответствие выполненных лечебных и диагностических мероприятий имевшему место заболеванию и состоянию пациента оценивается лишь в 1,8 случаях в расчете на 100 экспертиз.

На наш взгляд, для целей экспертного анализа необходимо четко определить содержание данных критериев, установить составляющие их признаки и провести границы между ними. Правильность процесса следует определить как соответствие деятельности по реализации определенного мероприятия установленным правилам ее осуществления, то есть нормам и требованиям. Установлено, что в большинстве заключений комиссий экспертов (65,4 случаев на 100 заключений) содержание критерия правильности лечебно-диагностического процесса не раскрывается. При экспертном анализе правильности лечебно-диагностического процесса, по нашему мнению, необходимо установить соответствие лечебно-диагностического процесса:

- Нормативно-правовым актам, в которых содержатся нормы и требования, обязательные для соблюдения и исполнения (императивным предписаниям).
- Нормативно-правовым актам, нормы и требования которых носят рекомендательный характер.
- Требованиям современной медицины (современным научным данным).
- Общепринятой клинической практике.

Проведенное исследование показало, что для целей экспертного анализа при гинекологических и урологических заболеваниях следует принять телеологическое значение критерия полноты процесса. То есть, прежде чем оценить полноту реализации мероприятий в рамках анализируемой деятельности, следует определить конкретный запланированный результат, задаваемый субъектом для достижения посредством реализации определенного процесса; цель, с которой этот процесс осуществляется; задачи, которые решаются.

Оценку своевременности медицинских мероприятий необходимо связывать со временем появления в системе надлежащей, то есть соответствующей определенным критериям, информации, выступающей в качестве триггера для реализации конкретного диагностического, либо лечебного мероприятия, а также возможности ее восприятия и интерпретации действующим субъектом.

Пол адекватностью процесса, по нашему мнению, следует понимать соответствие анализируемых лечебно-диагностических мероприятий состоянию конкретного пациента, принятие во внимание индивидуальных особенностей его организма и характера течения патологического процесса.

Каждый отдельно реализуемый процесс (диагностическая либо лечебная манипуляция, процедура) имеет своей целью достижение определенного результата. Совокупный результат лечения складывается из этих промежуточных результатов. При экспертном анализе качества медицинской помощи больным следует разделять понятия «результат лечения» и «исход заболевания». Первый является интегрированным показателем, представляющим собой совокупность однородных составляющих – результатов выполнения отдельных мероприятий в рамках лечебно-диагностического процесса. Второй определяется как следствие – суммарный вектор сочетания разнородных по своей природе составляющих, лишь одна из которых – профессиональные действия врача-уролога. Оценка следствия предполагает ответ на вопрос «почему», то есть каузальное объяснение его появления, установление отношений причинности с определенным явлением, либо группой явлений внутри системы. Оценка же результата является телеологической, заключается в ответе на вопрос «для чего», то есть, о целях его появления.

На основании проведенного исследования определены признаки причинной связи между действиями (бездействием) врачей и неблагоприятным исходом заболевания, которые подлежат установлению при производстве экспертиз по материалам уголовных и гражданских «врачебных» дел. Причинная связь между противоправным деянием и неблагоприятными (общественно опасными) последствиями является одним из признаков объективной стороны состава преступления (правонарушения). Установление наличия, либо отсутствия состава преступления (правонарушения), определение всех его элементов входит в исключительную компетенцию правоохранительных органов и суда. Следовательно, установление причинной связи между деяниями медицинских работников и наступившим неблагоприятным исходом урологического заболевания является вопросом правового характера и не входит в компетенцию судебно-медицинских экспертов.

Таким образом, на основании проведенного исследования разработан методологический подход экспертного анализа качества медицинской помощи пациентам урологического и гинекологического профиля, обеспечивающий всесторонность, полноту и объективность экспертиз «врачебных» дел.

Список литературы

1. Линденбратен А.Л. Современные очерки об общественном здоровье и здравоохранении. – М., 2005. – 84 с.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2009. – 507 с.
3. Нестеренко Е.И., Шарафутдинов М.А. Медико-социальная характеристика урологических больных, получивших стационарную помощь // Российский медицинский журнал. – 2006. – № 6. С. 1–7.

4. Калининская А.А., Игнатенко И.В. Особенности изучения состояния здоровья молодых женщин с хроническими заболеваниями // Теория и практика достижений современной медицины: материалы межинститутской научной конференции с международным участием, посвященный 100-летию со дня рождения Г.Н. Белицкого 19 октября 2011. – М.: ГБОУ ВПО МГМСУ, 2011. – С. 76–77.

НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Джанаева Э.Ф., Шеметова Г.Н.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского» Минздрава России,
Саратов, e-mail: elvirinka-85@mail.ru

В последние годы остро встает проблема здоровья молодежи. Официальная медицинская статистика свидетельствует о неуклонном росте заболеваемости молодого поколения практически по всем классам болезней, в том числе по классу болезней системы кровообращения [Михайлова Ю.В., Орлова Г.Г., Арефьева И.С. и др., 2009; Дудрова Е.В., 2010; Антонова Е.В., 2011]. В период с 1993 по 2010 годы частота болезней системы кровообращения увеличилась среди детей в 2,4 раза, среди подростков – в 3,4 раза, среди взрослых – в 2,0 раза [Сабгайда Т.П., Окунев О.Б., 2012]. Отмечено, что лица молодого возраста своеобразно относятся к своему здоровью; находясь между детской и взрослой сетью лечебно-профилактических учреждений, они реже обращаются за медицинской помощью, поэтому официальные данные о распространенности соматической патологии, основанные на обращаемости подростков, явно занижены [Михайлова Ю.В., Орлова Г.Г., Арефьева И.С. и др., 2009; Дудрова Е.В., 2010].

Оценка работы на этапе первичной медико-санитарной помощи, организация профилактики, оздоровления и восстановительного лечения во многом определяют формирование, течение болезней системы кровообращения у молодежи и прогноз. Вместе с тем, по мнению многих авторов, существующая в настоящее время система диспансерного наблюдения и оздоровления студентов, учащихся, лиц молодого трудоспособного возраста не удовлетворяет возрастающим требованиям [Михайлова Ю.В., Орлова Г.Г., Арефьева И.С. и др., 2009; Петричко Т.А., 2010; Орлова Г.Г., Шеметова Г.Н., Невзоров А.А., Молодцов Р.Н., 2011]. Несмотря на декларированную профилактическую направленность отечественного здравоохранения, основным объектом деятельности лечебно-профилактических учреждений по-прежнему остается «больной человек», в то время как объектом профилактической медицины является – «здоровый». Явно недостаточное внимание уделяется вопросам профилактики заболеваний и укрепления здоровья студентов вузов и учащихся средних специальных учебных заведений [Шеметова Г.Н.,