

при низком уровне $T 4-72 \pm 8.88$ нмоль/л у больных, по сравнению со здоровой группой 88 ± 12 нмоль/л. Уровень эстрогенов 192 ± 25.5 нмоль/л определялся с учетом фаз менструального цикла (на 5–9-й день цикла) или на фоне аменореи в утренние часы, натощак, и оказался в 1.5 раза ниже контрольной группы.

Выявлена прямая корреляционная связь между содержанием $T 4$ и ЛГ, а между ТТГ и ЛГ – обратная связь. По данным некоторых исследователей, начало пубертата при СД1 задерживается в среднем на 0.51 года для телархе (вторая стадия по Tanner) и на 0.08 года для пубархе (вторая стадия по Tanner) по сравнению с общей популяцией. При этом дети с СД1 достигают половой зрелости одновременно со своими здоровыми сверстниками, догоняя их к пятой стадии полового развития по Tanner [4].

У девочек с сахарным диабетом нарушено функциональное состояние репродуктивной системы: позднее менархе (14.2 ± 0.24 лет); высокая частота гипоменструального синдрома (в 60% случаях); длительное становление менструального цикла (у 33,8% пациенток); гиподисфункция гипофизарно-яичниковой системы, что проявляется в достоверном снижении (в сравнении с физиологическими показателями у здоровых подростков уровней ЛГ, ФСГ, эстрогена ($p=0,005$)). В отличие от пациенток без эндокринной патологии у девушек с СД в 12 лет в 2 раза снижен суммарный балл полового развития. $P < 0.001$ Этот разрыв со временем увеличивается, достигая максимума к 17 годам.

У девушек, больных сахарным диабетом, происходит отставание в росте размеров матки и объема яичников, в большей степени выраженное в возрасте 12–14 лет. $P < 0.001$.

Выводы

В заключение следует отметить, что девушки, страдающие сахарным диабетом I типа, являются группой риска по развитию нарушений функции репродуктивной системы, в связи с чем должны находиться под наблюдением детского гинеколога. При наличии отклонений в физическом и половом развитии девушки, больные СД1, должны проходить ультразвуковое исследование органов малого таза с целью определения размеров матки (длина, ширина, передне-задний размер) и объема яичников, определить гормональный статус (ФСГ, ЛГ, эстроген, ТТГ, $T 4$), что дает возможность ранней диагностики и прогнозированию нарушений полового развития и менструальной функции, которая, в свою очередь, позволят своевременно начинать проведение комплексной патогенетической терапии, включая коррекцию овариальных нарушений, что необходимо для сохранения у данной категории женщин способности к деторождению.

Литература

1. Бердыкльчева, А. А. Репродуктивная функция у женщин, больных инсулинозависимым сахарным диабетом: Диссертация канд.мед.наук./ А. М. Бердыкльчева. — М. — 1995. С. 5–10.
2. Дедов, И.И., Половое развитие детей: норма и патология/ И. И. Дедов, Т. В. Семичева, В. А. Петеркова — М.: «Колор Ит Студио» 2002 — С. 12–15.
3. Ушаков, А.В. «Восстановление щитовидной железы» — М. 2008 -С. 45.
4. Богданова, Е. А. Особенности эндокринной функции половых желез у девочек/ II Всесоюзная конференция по детской эндокринологии: сб. трудов — М., 1988 — с. 25.
5. Pozilli Paolo. Fertility and Sterility. — 2008. — November
6. Rohrer Tilman. Delayed pubertal onset and development in German children and adolescent with type 1 diabetes: cross-sectional analysis of recent data from the DPV. diabetes documentation and quality management system\European Journal in Endocrinology/ Rohrer Tilman, Stierkorb Eva — 2007. — V. 157, Issue 5. — P. 647–653.

УДК 618–035.7:340.62:31

А. Р. Поздеев¹, О. Ю. Антонов²

О НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДАХ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ С ПОЗИЦИИ УГОЛОВНО-ПРАВОВОЙ СТАТИСТИКИ

¹ ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск

² ФГКОУ ВО «Московская академия Следственного комитета Российской Федерации», г. Москва

В статье приведен анализ статистики уголовного преследования медицинских работников за ятрогенные преступления с акцентом на акушерство и гинекологию в рамках предварительного следствия и судебного разбирательства в судах первой и второй инстанций за 2015–2016 годы. Выявлен ряд тенденций следственной практики СК России. Изучение судебной практики позволило выявить 121 приговор в отношении медицинских работников, которые классифицированы по видам (этапам оказания медицинской помощи). На основе анализа судебного решения обоснована необходимость повышения качества оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, а также новорожденным детям.

Ключевые слова: безопасность пациента, акушерство и гинекология, патология лечения, правовая статистика, уголовное преследование.

Адрес для переписки: apozdeev@bk.ru

ВВЕДЕНИЕ

В рамках Президентской программы «Здоровье нации», нацеленной на повышение уровня жизни населения, качественная и безопасная медицинская помощь имеет первостепенное значение. Термин «безопасность» в настоящее время используется в понятии «безопасность пациентов», как раздел современной медицины и политики здравоохранения (занимающихся мониторингом и анализом негативных последствий, вызванных воздействием лечения или применением лекарственных средств и медицинских технологий), а также как свойство медицинской помощи, приводящее к минимуму причинения вреда (ущерба) здоровью пациентов. Абсолютно безопасных для пациента методов профилактики, диагностики, лечения заболеваний не существует. Любой неблагоприятный исход с позиции медицинской юриспруденции следует рассматривать в концепции «треугольника вредоносности», по образному выражению А. В. Тихомирова: «Патология — реактивность организма — «медицинское рукоблудие» и далее по кругу» [1]. Неведение и невидение происходящих в организме пациента процессов часто приводит к не оказанию, запоздалому оказанию, неверному оказанию медицинской помощи. Поэтому роль человеческого фактора в реализации возможных неблагоприятных последствий (риска) медицинских воздействий в медицине высока. В связи с чем действия или бездействия медицинских работников могут повлечь наступление уголовно-правовых последствий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В целях определения распространенности практики уголовного преследования за некачественное оказание медицинской помощи с методом статистического наблюдения были изучены имеющиеся сведения о результатах работы Следственного комитета Российской Федерации и последующая судебная практика рассмотрения таких уголовных дел.

Следственным комитетом периодически осуществляется сбор и анализ сведений о рассмотрении сообщений и расследовании

уголовных дел о преступлениях, связанных с врачебными ошибками и ненадлежащим оказанием медицинской помощи [2], которые лишь косвенно отражают проблему безопасности пациентов при получении медицинских услуг в России. Расследование фактов ненадлежащего оказания медицинской помощи (ятрогенных преступлений) является приоритетным направлением в деятельности СК России, в том числе в самой социально острой сфере — в акушерстве и гинекологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенный по данным отдела статистики ГОИУ СК России анализ результатов работы по рассмотрению сообщений и расследованию уголовных дел данной категории за 2016 год в сравнении с 2015 годом позволил выявить тенденцию роста числа поступивших сообщений о преступлениях в сфере охраны здоровья граждан при получении медицинской помощи на 10,3% (с 4376 до 4826). При этом увеличение количества возбужденных по ним уголовных дел не произошло (878 против 891, —1,5%). Более того, возросло число прекращенных уголовных дел в связи с отсутствием события или состава преступления (с 415 до 609, +46,7%). Это свидетельствует о взвешенном подходе следователей к рассмотрению поступающих сообщений и расследованию уголовных дел, а также об отсутствии обвинительного уклона в отношении медицинских работников. Объективность и обоснованность позиции следователей СК России подтверждается снижением числа оправданных (с 10 до 3) и увеличением количества лиц, реабилитированных на следствии (с 0 до 3).

Рост числа лиц, признанных в установленном порядке потерпевшими (с 892 до 988, +10,8%), в том числе умерших (с 727 до 759, +4,4%), свидетельствует о возникновении еще двух тенденций: возбуждение в 2016 году уголовных дел по фактам одновременного ненадлежащего оказания медицинской помощи нескольким потерпевшим, а также увеличение удельного веса уголовных дел, возбужденных по фактам смерти лиц в лечебных учреждениях.

Возросшее с 103 до 164 (+59,2%) количество уголовных дел, направленных в суд, привело не только к простому росту числа обвиняемых на 84,7% (со 111 до 205), но и к увеличению среднего показателя привлеченных к уголовной ответственности по одному уголовному делу с 1,1 до 1,3. Это свидетельствует о расширении компетенции следственных органов, рассматривающих вопрос о наличии вины в действиях всего медицинского персонала, осуществлявшего медицинскую помощь потерпевшим за весь период их лечения.

Для определения видов оказания медицинской помощи, в которых допускается максимальное число врачебных ошибок, и систематизации судебных решений по неблагоприятным исходам в сфере акушерства и гинекологии с признаками преступлений, рассмотренных в судах РФ, была использована общепринятая в медицине для анализа патологии лечения классификация И. В. Тимофеева (1999) [3]. Изучение судебной практики позволило выявить 121 уголовное дело в отношении медицинских работников, которое в 2015–2016 годах завершилось вынесением приговора. Из них 13% приходилось на неблагоприятные исходы в акушерстве и гинекологии. Анализ судебных решений позволил установить, что доля, приходящаяся на осложнения врачебных манипуляций во время родов и родоразрешения, составила 33,3%. Несколько меньший процент приходится на осложнения оперативного вмешательства и на осложнения в послеродовый период — по 26,6%. Процент осложненных врачебных манипуляций при беременности составил 13,5%.

Например, Свердловский районный суд г. Костромы 19 июля 2016 года признал виновными в совершении преступления, предусмотренного ст. 109 ч. 2 УК РФ, акушера-гинеколога Скворцова С. Е. и врача анестезиолога-реаниматолога Добросердова К. П.

[4]. Преступление было совершено при следующих обстоятельствах. В отделение патологии беременных поступила пациентка с диагнозом: «Беременность 39–40 недель. Созревающая шейка матки. Головное предлежание. Анемия 2 стадии». У пациентки с 02 часов 40 минут развилась самостоятельная регулярная родовая деятельность. В 6 часов 15 минут произошли своевременные самостоятельные роды живым мальчиком. После рождения ребенка сразу произошло рождение не отделившегося от матки последа и полный выворот матки, развился геморрагический шок. Экспертиза качества МП установлено 3 нарушения, которые касаются стационарного этапа оказания акушерско-гинекологической помощи: 1) родоразрешение в стационаре не того уровня; 2) непроведение предварительных мероприятий для осуществления трансфузий эритроцитарной массы (анемия на протяжении всей беременности, а в приказе МЗ РФ от 12.11.2012 г. № 572н четко указано, что при анемии и гемоглобине ниже 70 г/л, при переводе пациентки в родовой блок необходимо было взять анализ, коагулограмму и заказать эритроцитарную массу). Отсутствие подготовительных мероприятий в родильном доме при оказании медицинской помощи было подтверждено в момент проведения разбора случая материнской смерти комиссией департамента здравоохранения (выступал главный врач НИИ «Материнства и детства»); 3) нарушение касается неадекватного обезболивания, когда произошел выворот матки, был введен «Трамадол», который относится к очень слабым обезболивающим, по сравнению с наркотическими (приказом МЗ РФ от 12.11.2012 г. № 572н предусмотрено, что должны вводиться любые из представленного в приказе фармакологического ряда, анестетики общие, алкалоиды опиоидные или производные без опиоидов).

Несмотря на доводы защитника об отсутствии состава преступления в действиях Скворцовой С. Е., поскольку в заключении экспертов не было указания на прямую причинную связь между смертью и дефектами оказания медицинской помощи, следствием и судом было установлено следующее. Все допущенные дефекты оказания медицинской помощи: неназначение необходимых анализов и несвоевременный заказ эритроцитарной массы с учетом степени железодефицитной анемии; запоздалое выполнение ручного отделения плаценты и вправления матки в брюшную полость; запоздалое выполнение баллонной тампонады матки (требовалось выполнить сразу же после вправления матки); несвоевременное введение окситоцина (препарат, использующийся для сокращения матки); несвоевременное диагностирование геморрагического шока; не использование хирургических приемов лечения кровотечений, обусловленных атонией матки, — имеют причинно-следственную связь с развитием неблагоприятного исхода: геморрагического шока, послужившего причиной смерти.

Приведенный пример наглядно иллюстрирует отмеченные тенденции уголовно-правовой статистики в части расширения компетенции следственно-судебных органов в расследовании и судебном рассмотрении уголовных дел о ятрогенных преступлениях и соответствующем расширении круга медицинских работников, привлекаемых к уголовной ответственности за их совершение.

ВЫВОДЫ

Таким образом, следственно-судебная практика является новым источником разработки рекомендаций для профилактики неблагоприятных исходов в акушерстве и гинекологии при оказании медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, а также новорожденным.

Литература

1. *Вокруг медицинского деликта: Дайджест / Составитель А. В. Иванов. — Москва: АНО ИЦ «ЮрИнфоЗдрав». — 2017. — С. 120.*

2. Бастрыкин, А. И. Противодействие преступлениям, совершаемым медицинскими работниками: проблемы и пути решения / А. И. Бастрыкин // Вестник Академии СК России. — 2017. — № 1. — С. 11–13.

3. Патология лечения: руководство для врачей / И. В. Тимофеев [и др.]: под ред. И. В. Тимофеева. — СПб.: Северо-Запад. — 1999. — С. 656.

4. Решение по делу 1–172/2016 <https://rospravosudie.com/court-sverdlovskij-rajonnyj-sud-g-kostromy-kostromskaya-oblast-s/act-535105560/?fref=gc&dti=256694964827576>. Дата обращения 15.09.2017 г.

УДК 616-089-618.1–089.168

А. У. Рахимов, Ж. Т. Юсупов

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ХИРУРГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ

Самаркандский Государственный Медицинский институт, г. Самарканд, Узбекистан

Сочетание заболеваний органов брюшной полости и органов женской половой сферы встречается достаточно часто и требует сочетанного оперативного вмешательства. Обследованию подвергнуты 62 больных, 28 из них проведены симультанные операции, 34 — изолированные. Исследования показали эффективность проведения симультанных операций, заключающуюся в сокращении койко-дней, уменьшении применения наркотических средств, отсутствии осложнений в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: симультанные операции, наркотические анальгетики, послеоперационный период.

Адрес для переписки: azamat.rakhimov@mail.ru

ВВЕДЕНИЕ

Сочетание заболеваний органов брюшной полости и органов женской половой сферы встречается достаточно часто и составляет, по данным разных авторов, от 2,8 до 63%. В частности, заболевания желчного пузыря сопровождают гинекологическую патологию в 3,1–150% [4, 6]. Улучшение диагностических возможностей практической медицины, совершенствование анестезиологического и реанимационного пособия при оперативных вмешательствах, внедрение в медицинскую практику новых миниинвазивных технологий позволяют производить оперативные вмешательства менее травматично, с минимальной кровопотерей, значительно сокращая продолжительность послеоперационного периода. Это создает реальные условия для расширения показаний к симультанным операциям, снижения числа интра- и послеоперационных осложнений, позволяет сократить время пребывания больной в стационаре и длительность временной нетрудоспособности, представляет широкие перспективы для улучшения результатов оперативного лечения больных с сочетанными заболеваниями [1–3, 5].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проведенное клиническое исследование были включены 62 пациентки, находившиеся на обследовании и лечении в отделении гинекологии и отделении хирургии клиники СамМИ с 2016 по 2017 годы. Основную группу составили 28 женщин, которым были выполнены симультанные операции, контрольную — 34 пациентки,

перенесшие изолированные оперативные вмешательства на органах малого таза. Всем обследованным больным были проведены хирургические вмешательства мини инвазивным методом. Больных, перенесших симультанные операции, мы не делили на группы в зависимости от метода выполнения вмешательства, а также доступа, так как считали, что для определения экономического эффекта это не имеет значения. В качестве показаний к госпитализации в гинекологическое и хирургическое отделение на оперативное лечение выступали: миома матки (субсерозная — 16, субмукозная — 8, фибромиома — 10, интрамуральная — 6) — 40 (64,5%), киста яичников — 6 (9,67%), послеоперационная вправимая пулочная грыжа — 38 (61,29%), послеоперационная невправимая грыжа — 8 (12,9%), хронический калькулезный холецистит — 12 (19,53%), грыжа белой линии живота — 5 (8,1%). Наиболее частые сочетания: миома матки и невправимая грыжа — 16, миома матки и вправимая грыжа — 8, миома матки и холецистит — 3, киста яичника и вправимая грыжа — 1.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В качестве гинекологического этапа выполнены операции: миомэктомия — у 4 (6,45%), экстирпация культи шейки матки — у 2 (3,23%), радикальные оперативные вмешательства — у 2 (3,23%), надвлагалищная ампутация — у 1 (1,67%), экстирпация матки — у 3 (4,83%). У 16 (25,8%) пациенток в качестве хирургического этапа выполнено грыжесечение — 6 (9,67%), холецистэктомия — 10 (16,12%).

Оценка эффективности симультанных оперативных вмешательств проводилась на основании следующих критериев:

1. Клинических:

- а) общая продолжительность госпитализации;
- б) продолжительность послеоперационной госпитализации;
- в) продолжительность операции;
- г) величина интраоперационной кровопотери;
- д) длительность применения и общая использованная доза наркотических анальгетиков.

2. Лабораторных:

- а) изменение показателей периферической крови;
- б) сахара в крови;
- в) белка, креатинина, азота в крови.

Результаты исследования и их обсуждение

Клинические показатели у больных, перенесших традиционные симультанные и изолированные операции, представлены в табл. 1. Продолжительность общей госпитализации у больных I группы, в сравнение с контрольной группой, была в среднем выше; продолжительность послеоперационного лечения пациенток основной и контрольной групп также была больше у больных после симультанных операций, выполненных традиционным методом, чем у женщин, перенесших традиционные изолированные вмешательства. Сравнение средней продолжительности операции у больных, оперированных традиционным методом, не выявило достоверных различий между ними.

Таблица 1. Клинические показатели у больных, перенесших симультанные и изолированные операции

| Показатели | Изолированные операции | Симультанные операции | Достоверность |
|---------------------------------------|------------------------|-----------------------|---------------|
| Пребывание в стационаре к/дни | 18,8±1,1 | 10,6±1,6 | (p > 0,05) |
| Послеоперационный период к/дни | 13,4±1,2 | 8,6±2,1 | |
| Время операции мин. | 68,4±2,1 | 49,3±1,5 | (p > 0,05) |
| Общая кровопотеря мл | 392,3±2,4 | 246±2,8 | |
| Количество использованных наркотиков | 3,43±0,2 | 2,1±0,3 | (p > 0,05) |
| Длительность использования наркотиков | 2,7±0,6 | 1,8±0,7 | |