

© В. В. Франчук, У. Я. Франчук

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

ДЕФЕКТИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В АКУШЕРСТВІ: КЛІНІЧНО-ПРАВОВИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ НА ПІДСТАВІ АНАЛІЗУ МАТЕРІАЛІВ СУДОВО-СЛІДЧИХ СПРАВ

Мета дослідження – з'ясування медико-правових особливостей недоліків професійної діяльності лікарів акушерів-гінекологів.

Матеріали та методи. Досліджено матеріали судово-слідчих справ, порушених проти лікарів акушерів-гінекологів десяти різних областей України, і виконаних відповідно до цих справ комісійних судово-медичних експертиз у Тернопільському, Чернівецькому та Житомирському обласних бюро судово-медичної експертизи за 2007–2016 рр. (загалом 350 «лікарських справ»).

Результати дослідження та їх обговорення. Четверть усіх «лікарських справ» (23,4 %) правоохоронні органи порушують проти лікарів акушерів-гінекологів. Різноманітні недоліки підтверджуються в 70,5 % таких кримінальних справ, і виникають ці дефекти зазвичай під час надання акушерської допомоги. Помилковість лікарів акушерів-гінекологів стається зазвичай у випадках непростої акушерської ситуації, пов'язаної з патологією плода чи матері. Частіше за все недоліки трапляються під час пологів, у допологовому періоді, в момент операції або анестезіологічного забезпечення. Акушери-гінекологи припускаються лікувально-тактичних (28,2 %), діагностичних (23,0 %), організаційних (16,7 %) і деонтологічних (5,8 %) помилок. Дефекти у складанні медичної документації становлять 26,3 % справ. Помилкові дії лікарів рідко є одиничними і зазвичай асоціюються між собою. Недостатній обсяг медичної допомоги в акушерстві встановлено серед 74,5 % справ, несвоєчасність – в 36,4 % випадків, неправильність її надання – у 20,0 %. Окремо досліджено професійно-кваліфікаційний портрет лікаря акушера-гінеколога, у відношенні якого виникають скарги. Недоліки у наданні медичної допомоги вагітним і породіллям майже завжди (92,7 %) супроводжуються тяжкими наслідками. Неналежні дії лікарів акушерів-гінекологів, які знаходились у причинно-наслідковому зв'язку із несприятливими наслідками, констатовані в 23,6 % випадків експертиз.

Висновки. Лікарі акушери-гінекологи входять до топ-листа найбільш ризикованих, з точки зору юридичної відповідальності, лікарських спеціальностей. Найбільш поширеними недоліками в акушерстві є лікувально-тактичні, діагностичні і організаційні дефекти. Майже половина «лікарських справ», порушених проти лікарів акушерів-гінекологів, зумовлена неналежними, всупереч стандартам медичної допомоги професійними діями медичних працівників.

Ключові слова: недоліки медичної допомоги; медичні помилки; порушення професійних обов'язків медичними працівниками; аналіз.

ДЕФЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АКУШЕРСТВЕ: КЛИНИКО-ПРАВОВОЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА МАТЕРИАЛОВ СУДЕБНО-СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЛ

Цель исследования – установить медико-правовые особенности недостатков профессиональной деятельности врачей акушеров-гинекологов.

Материалы и методы. Исследованы материалы судебно-следственных дел, возбужденных против врачей акушеров-гинекологов десяти различных областей Украины, и выполненных соответственно этих дел комиссионных судебно-медцинских экспертиз в Тернопольском, Черновицком и Житомирском областных бюро судебно-медицинской экспертизы за 2007–2016 гг. (всего 350 «врачебных дел»).

Результаты исследования и их обсуждение. Четверть всех «врачебных дел» (23,4 %) правоохранительные органы возбуждают против врачей акушеров-гинекологов. Различные недостатки подтверждаются в 70,5 % таких уголовных дел, и возникают эти дефекты обычно во время оказания акушерской помощи. Ошибочность врачей акушеров-гинекологов происходит обычно в случаях непростої акушерской ситуации, связанной с патологией плода или матери. Чаще всего недостатки случаются во время родов, в родовом периоде, в момент операции или анестезиологического обеспечения. Акушеры-гинекологи допускают лечебно-тактические (28,2 %), диагностические (23,0 %), организационные (16,7 %) и деонтологические (5,8 %) ошибки. Дефекты в составлении медицинской документации составляют 26,3 % дел. Ошибочные действия врачей редко являются единичными и обычно ассоциируются между собой. Недостаточный объем медицинской помощи в акушерстве установлен среди 74,5 % дел, несвоевременность – в 36,4 % случаев, неправильность ее предоставления – в 20,0 %. Отдельно исследован профессионально-квалификационный портрет врача акушера-гинеколога, допускающего недочеты в профессиональной деятельности. Недостатки в оказании медицинской помощи беременным и роженицам почти всегда (92,7 %) сопровождаются тяжелыми последствиями. Ненадлежащие действия врачей акушеров-гинекологов, находящиеся в причинно-следственной связи с неблагоприятными последствиями, констатированы в 23,6 % случаев экспертиз.

Выводы. Врачи акушеры-гинекологи входят в топ-лист самых рискованных, с точки зрения юридической ответственности, врачебных специальностей. Наиболее распространенными недостатками в акушерстве являются лечебно-тактические, диагностические и организационные дефекты. Почти половина «врачебных дел», возбужденных против врачей акушеров-гинекологов, обусловлена ненадлежащими, вопреки стандартам медицинской помощи профессиональными действиями медицинских работников.

Ключевые слова: недостатки медицинской помощи; медицинские ошибки; нарушения профессиональных обязанностей медицинскими работниками; анализ.

ADVERSE EVENTS IN OBSTETRICS: CLINICO-LEGAL REVIEW OF THE ALLEGED MEDICAL MALPRACTICE CASES

The aim of the study – to evaluate the medical malpractice litigations provided by obstetricians in Ukraine.

Materials and Methods. A retrospective review of all alleged medical malpractice cases (350 in total) between 2007 and 2016 handled at Ternopil, Zhytomyr and Chernivtsi Regional Bureaus of Forensic medical Examination, was performed.

Results and Discussion. Approximately a quarter of all medical malpractice litigations (23.4 %) were initiated against obstetricians and gynecologists. Lacks of health care provision committed by obstetricians were detected in 70.5 % of the cases. Unreasonable medical care occurred in cases of difficult obstetric situation associated with the pathology of the fetus or mother. Most often disadvantages are happening during childbirth, in the prenatal period, at the time of surgery or anesthetic provision. Unintentional medical care was confirmed by forensic medical expert commission as a rule in medical procedures or medical treatment (28.2 %), diagnostics (23.0 %). Mistakes in medical records were detected in (26.3 %) of the cases, institutional errors – (16.7 %), ethical errors – (5.8 %). Insufficient or incomplete medical care provided by obstetricians seemed more frequently (74.5 %), inopportune medical care – 36.4 %, unskillful medical care 20.0 %. A professional portrait of unskilled obstetrician was investigated too. Severe consequences for the patients took place in majority of the cases (92.70 %). A causal relationship between the damage claimed by the patient or his family and improper medical care were found in 23.6 % cases.

Conclusions. Obstetricians are in the top of physician specialties involved in claims most often in Ukraine. Diagnostic and institutional errors, improper performance of medical procedures and medication errors are seemed most frequently in medical malpractice cases in obstetrics. The majority of the medical mistakes became due to different objective reasons. Approximately a half of all of the studied cases faced together with breach of standards of care followed by the poor quality of the medical personnel.

Key words: medical malpractice; medical errors; dereliction of duty by the medical personnel; analysis.

ВСТУП. Здійснюючи повсякденно свої трудові обов'язки, лікар виконує надзвичайно важливу за своєю суспільною значимістю функцію, оскільки оберігає найцінніше – життя і здоров'я громадян [1]. Робота лікаря акушера-гінеколога чи не найскладніша серед усіх медичних спеціальностей, оскільки йому доводиться вести боротьбу за життя не одного пацієнта, а одразу двох – матері і її майбутньої дитини.

Однак професійна діяльність лікаря не завжди буває вдалою і може супроводжуватись певними недоліками, які закінчуються негативно. В таких випадках виникають юридичні підстави для порушення проти медичних працівників кримінальних або цивільних справ [2]. У цьому зв'язку слід зауважити, що клініцисти сьогодні мало обізнані із тим, які саме дефекти вони допускають у своїй роботі, за яких причин та умов, до яких наслідків (у т. ч. юридичних) це призводить. Вирішення цих питань, як і експертна оцінка обсягу і якості наданої медичної допомоги, встановлення її відповідності діючим стандартам та протоколам, виявлення конкретних дефектів під час лікарювання тощо стає необхідною вимогою під час судового розгляду «лікарських справ». Розслідування таких справ проти лікарів неможливе без судово-медичної експертизи, на яку, відповідно до чинного законодавства, покладається експертна оцінка певних дій чи бездіяльності медичного персоналу. Саме судово-медичний експертний висновок стає основним процесуальним джерелом доказу відповідності медичної допомоги діючим стандартам, відтак – винуватості або невинуватості медичного працівника. Судово-медична експертиза у випадках неналежної медичної допомоги є одним із найскладніших видів судових експертиз, тому проводиться завжди комісійно – тобто за спільної участі найдосвідченіших судових медиків та найкваліфікованіших лікарів-клініцистів.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – встановлення клінічних і правових особливостей недоліків у професійній діяльності лікарів акушерів-гінекологів, внаслідок чого виникають скарги на дефекти надання медичної допомоги, які, в свою чергу, стають підставою для відкриття кримінальних проваджень.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Відповідно до мети роботи, досліджено матеріали судово-слідчих справ (так звані «лікарські справи»), порушених у випадках неналежного виконання професійних обов'язків медичними працівниками 10 областей України: Тернопільської, Хмельницької, Житомирської, Волинської, Чернівецької, Вінницької, Львівської, Рівненської, Івано-Франківської та Чернігівської областей. Загалом вивчено 350 таких справ, за кожною з яких правоохоронними органами були призначені комісійні або комплексні судово-медичні експертизи, які були виконані протягом 2007–2016 років фахівцями Тернопільського, Чернівецького та Житомирського обласних бюро судово-медичної експертизи. Окремо вивчені дані з офіційного сайту Єдиного державного реєстру судових рішень (www.reyestr.court.gov.ua) стосовно справ про притягнення до кримінальної відповідальності медичних працівників усіх географічних регіонів України. Загалом, докладному аналізу були піддані: висновки експерта; акти судово-медичних досліджень; протоколи патологоанатомічних та судово-медичних розтинів; довідки про причину смерті; протоколи, висновки та рішення контрольно-експертних комісій; матеріали службової перевірки щодо надання медичної допомоги лікарями акушерами-гінекологами; протоколи допитів та пояснення медичного персоналу; історії пологів (ф. № 096/о); індивідуальні карти вагітної та породіллі (ф. № 011/о); карти розвитку новонародженого (ф. № 097/о); історії розвитку дитини (ф. № 112/о); журнали запису пологів у стаціонар (ф. № 010/о); журнали обліку приймання вагітних, роділь та породіль (ф. № 002/о); медичні карти стаціонарних хворих (ф. № 003/о); медичні карти амбулаторних хворих (ф. № 025/у); результати лабораторних та інструментальних обстежень тощо. Всього було вивчено близько 1500 різноманітних медичних і юридичних документів. Використовувався метод контент-аналізу. Статистична обробка та візуалізація даних, що наводяться у роботі, здійснювались засобами табличного процесора MS Excel 2016.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Встановлено, що безпосередньо проти лікарів акушерів-гінекологів кримінальні провадження було порушено у 82 випадках, що склало 23,4 % від загальної кількості усіх

вивчених кримінальних справ. За цим показником, з точки зору скарг на неналежну медичну допомогу і подальшого судово-слідчого розгляду, лікарі акушери-гінекологи увійшли в топ-лист найбільш ризикованих лікарських спеціальностей в Україні, де посідають друге місце (після анестезіологів-реаніматологів) і незначно випереджають терапевтів, які знаходяться на третій позиції [3]. Слід зауважити, що отримані нами дані збігаються з результатами американської дослідниці Erin J. Farley (2014), яка проаналізувала 3201 судовий позов у випадках неналежної медичної допомоги в лікарнях м. Нью-Йорка (США) протягом 8-річного періоду і встановила, що кількість таких позовів проти лікарів спеціальності «Акушерство-гінекологія» склала 20 % [4]. Подібні дані наводить і група науковців Китайської Народної Республіки (Tiantong Yang et al.), які дослідили 1515 судових справ проти медичних працівників м. Пекіна (Beijing) за 10-літній період і встановили, що такі справи частіше за все порушували саме проти лікарів акушерів-гінекологів (18,9 %), на другому місці за частотою виникнення судових позовів проти лікарів китайської столиці були ортопеди-травматологи (15,1 %), на третьому – загальні хірурги (11,5 %) [5]. Щодо ситуації у Європі, то колектив університетських вчених із Hannover Medical School (ФРН) встановив, що в Німеччині 65 % скарг пацієнтів на неналежну медичну допомогу припадає саме на акушерів-гінекологів [6].

Таким чином, висока інтенсивність судових позовів та відповідно до цих позовів значна кількість порушених проти лікарів акушерів-гінекологів кримінальних і цивільних справ стають характерною для клінічної медицини тенденцією світового рівня [7]. Незважаючи на це, проблема неналежної акушерської допомоги в Україні не вивчалась фахово практично з часів незалежності (з 1988 року), внаслідок чого і стала предметом даного дослідження.

Опрацюючи власний матеріал, ми встановили, що зазвичай «лікарські справи» проти акушерів-гінекологів слідчі порушували за ст. 140 Кримінального кодексу України (КК) «Неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником». Зрідка правова кваліфікація була іншою: «Умисне тяжке тілесне ушкодження» (ст. 121 КК); «Ненадання допомоги хворому медичним працівником» (ст. 139 КК).

Лівова частка кримінальних проваджень щодо лікарів акушерів-гінекологів пов'язана із різноманітними скаргами на надання саме акушерської допомоги (80 випадків, або 97,6 %), і лише дві кримінальні справи було порушено проти гінекологів. Серед 80 кримінальних проваджень, відкритих проти лікарів-акушерів, недоліки у наданні медичної допомоги судово-медичними експертними комісіями були виявлені в 55 випадках (70,5 %), в 23 випадках (29,5 %) недоліки виявлені не були (в інших 2 випадках зробити висновок про наявність дефектів з боку медичного персоналу не було змоги, оскільки експертні підсумки в досліджених матеріалах справи були відсутні). Під недоліками надання медичної допомоги розумілись будь-які упущення, промахи, дефекти, невиконання належним чином навмисно, підсвідомо чи ненароком професійних обов'язків медичними працівниками (лікарями або середнім медичним персоналом) [8, 9].

Порушення у професійній діяльності частіше за все допускали лікарі-акушери районних лікарень (53,8 %) і міських пологових будинків чи міських лікарень (33,3 %).

Неправильні дії лікарів на третинному рівні надання медичної допомоги (обласні перинатальні центри чи обласні лікарні) констатовані в 12,9 % випадків.

Помилковість лікарів акушерів-гінекологів ставалась зазвичай у випадках об'єктивно непростой акушерської ситуації, коли мала місце різноманітна складна патологія, насамперед, з боку плода – як правило, різні види внутрішньоутробної асфіксії (29 випадків (52,7 %)), матері – профузні маткові кровотечі, емболії, тяжкі вірусні інфекції (20 випадків (36,4 %)), або і матері і плода одночасно (6 випадків (10,9 %)).

Аналіз власного матеріалу і відповідних літературних джерел [5–7, 10–12], з урахуванням етапності надання акушерської допомоги та лікарської тактики щодо вагітних і породіль, дав нам змогу виокремити такі *типи дефектів у практичному акушерстві*:

- допологові;
- пологові;
- післяпологові;
- недоліки оперативного лікування;
- дефекти, пов'язані з неналежною інтенсивною терапією чи неправильним знеболенням і анестезією.

Серед недоліків медичної допомоги, пов'язаних із допологовим спостереженням за вагітними (встановлено серед 28 випадків (50,9 %)), слід відмітити: відсутність допологового патронажу; пізні взяття на диспансерний облік; невчасне і недостатнє динамічне спостереження за вагітною; поверхневий збір анамнезу і невчасна діагностика та лікування фонових патологій; відсутність даних про виміри таза; відсутність консультацій фахівців за наявності супутньої патології; невстановлення або неправильне встановлення групи перинатального ризику; відсутність даних про проходження генетичних обстежень; несвоєчасний УЗ-скринінг тощо.

19.08.15 Особа_1 стала на облік з приводу вагітності в жіночій консультації № 3 міського пологового будинку м. І. в терміні вагітності 11–12 тижнів. За час вагітності відвідала жіночу консультацію сім разів. Аналізуючи індивідуальну карту вагітної і породіллі, комісія експертів встановила, що на етапі спостереження вагітної у ЖК № 3 І.-кого пологового будинку при постановці на облік не проведено тест на толерантність до глюкози, вагітна Особа_1 не була віднесена до групи ризику стосовно ожиріння і діабету. У зв'язку із цим їй не було призначено консультацій відповідних фахівців, не було вчасно діагностовано гестаційний діабет, відтак не призначено відповідне лікування. 03.02.16 вагітна Особа_1 була госпіталізована до Я-кої ЦМЛ, де 7.02.16 народила мертве немовля, причиною смерті якого, згідно з результатами судово-медичного розтину, стала діабетична фетопатія. Комісія експертів визнала, що якість та об'єм медичної допомоги, яка надавалась Особі_1 на етапі жіночої консультації, були недостатніми і несвоєчасними, з порушеннями вимог наказу МОЗ України від 15.07.11 за № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні», а саме додатка 13 «Скринінг на гестаційний діабет». Судово-медична експертна комісія дійшла також висновку, що за умови достатнього і відповідного до нормативних документів обстеження вагітної можна було би попередити розвиток у плода діабетичної фетопатії, обрати оптимальний час роз-

родження, відтак уникнути антенатальної смерті. Окремо комісією було зроблено висновок про те, що оформлення індивідуальної карти вагітної і породіллі було проведене лікарем жіночої консультації вкрай недбало, поверхнево, не виконано багато пунктів із плану ведення вагітної (посів сечі, огляд терапевта/виписка із амбулаторної карти, консультації суміжних спеціалістів: терапевта, окуліста (обстеження очного дна), стоматолога, ендокринолога, ЛОР-лікаря, ...), не було вироблено індивідуальний план ведення даної вагітності з урахуванням факторів ризику гестаційного діабету.

Неналежне надання медичної допомоги під час пологів (мало місце в 39 випадках (70,9 %) проявлялось у наступному: недооцінка перинатального ризику; хибність в обранні тактики ведення пологів; неправильне ведення партограми або відсутність партограми; недооцінка внутрішньоутробного стану плода; запізніле проведення первинного огляду; несвоєчасна діагностика пологової діяльності та внутрішньоутробної гіпоксії плода; несвоєчасність та неадекватність підготовки шийки матки до пологової діяльності; перевищення нормативного часу безводного періоду; необґрунтоване діагностування слабкості потужного періоду; проведення стимуляції пологів за умови швидкого розкриття шийки матки; здійснення розродження не у спеціалізованому лікувальному закладі тощо.

11.10.10 в Р-ський обласний перинатальний центр у плановому порядку поступила Особа_2 з вагітністю 41 тиждень. Коли в неї почались перейми, медичні працівники пологової зали, намагаючись прискорити пологи, давили їй на живіт долонями, а лікуючий лікар надавлював їй на живіт своїми ліктями. У цей момент Особа_2 відчула різкий біль у лівій половині живота. Розродження було продовжено в операційній шляхом кесарського розтину. Було отримано живий плід жіночої статі в стані тяжкої асфіксії. Після операції у потерпілої Особи_2 розвинулись явища внутрішньочеревної кровотечі, у зв'язку із чим через 6 год після кесарського розтину їй було проведено повторну операцію – релапаротомію. Під час цієї операції виявлено гематому лівої широкій зв'язки матки (500 мл) та масивний позаочеревинний крововилив лівої половини черевної порожнини. Було проведено евакуацію гематоми, прошивання судин лівого ребра матки, перев'язування внутрішньої клубової артерії зліва. Незважаючи на проведені заходи, дифузна кровотеча з лівого ребра матки та ложа гематоми продовжувалась. Консиліум лікарів прийняв рішення про проведення за життєвими показаннями екстирпації матки з лівими придатками. Через два тижні новонароджена дитина Особи_2 померла від гіпоксично-ішемічного ураження головного мозку. Жінка, Особа_2, залишилась інвалідом, оскільки втратила репродуктивну функцію.

Неправильні професійні дії лікарів у післяпологовому періоді (8 випадків (14,8 %)) частіше за все були такими: передчасна виписка чи необґрунтований перевід в інший лікувальний заклад; відсутність посіву навколоплідних вод та пуповинної крові; відсутність патологоанатомічного дослідження плаценти і відсутність відповідного протоколу; непроведення внутрішнього акушерського дослідження після відходу навколоплідних вод; відсутність динамічного спостереження за породіллею і новонародженим; неправильна оцінка загального стану

новонародженого; неправильне формулювання заключного діагнозу тощо.

18.04.14 в Г-ську ЦРЛ з д-зом «Пологи III/I, 38 тижнів, I період, латентна фаза, головне передлежання» поступила Особа_3. Під час пологів через природні шляхи, які відбулись того ж дня, сталась затримка виділення посліду. Лікуючий лікар виконав ручне виділення посліду. Через 2 год після цього виникла профузна кровотеча з матки, яка не спинялась інфузійною гемостатичною терапією. Було виконано екстирпацію матки без додатків. На макропрепараті «ділянка неповного прирощення плаценти 2x3 см по передній стінці ближче до правого ребра. Післяопераційний діагноз: Рання післяпологова кровотеча, спричинена неповним прирощенням плаценти. Прекламсія середнього ступеня. Постгеморагічна анемія III ступеня». Через 16 год після цієї операції раптово виникло погіршення стану породіллі: різке утруднення дихання, відчуття нестачі повітря. Ще за 1–2 хв настала зупинка дихання. Реанімаційні заходи ефекту не дали. На розтині у померлої жінки була діагностована тромбоемболія легеневої артерії на тлі тромбозу маткових вен.

Дефекти у виконанні операційних втручань вагітним і породіллям мали місце серед 15 випадків ((27,3 %) «лікарських справ»), серед них: погана взаємодія ургентних хірургів з адміністрацією лікувального закладу; невчасне розгортання операційної, її неготовність до термінового операційного втручання, запізніле формування складу ургентної операційної бригади; зволікання з проведенням кесарського розтину; травмування внутрішніх органів під час операції; неправильне визначення об'єму крововтрати; відсутність теплої крові для переливання; проколи кишечника при проведенні пункції заднього склепіння; травмування плода під час розродження; необґрунтована відмова від проведення заходів щодо термінового розродження при перинатальній загибелі плода тощо.

В 4-ий міський клінічний пологовий будинок № 1 у плановому порядку була направлена Особа_4, яка перебувала на 39 тижні вагітності. Консиліум лікарів прийняв рішення про кесарський розтин. Наступного дня під час премедикації було неправильно виконано спінальну анестезію (отримано кров у шприці) та невдало проведено інтубацію. В подальшому на масочному наркозі було виконано операцію кесарського розтину, отримано живий плід. За 10 хв після цього внаслідок негерметичності манжетки інтубаційної трубки сталось різке погіршення сатурації, виник супротив апаратному диханню, відбулось падіння тиску до 60/40 мм рт. ст., із відсутністю пульсу на периферичних артеріях. Розвинулись бронхіолоспазм із подальшою асистолією. Протягом 15 хв операційної паузи проводили реанімаційні заходи, які серцеву діяльність відновили. Було проведено переінтубацію. Операцію вдалось завершити. Однак, під час цієї операції, оператор допустив грубий технічний дефект і підшив до передньої черевної стінки петлю тонкої кишки. В ранньому післяопераційному періоді в Особи_4 розвинулась тяжка коагулопатична маткова кровотеча, яка за 4 год зумовила повторну операцію – релапаротомію, з додатковими гемостатичними швами на оперовану матку. Викликаний ургентно хірург прооперував ушкоджену частину кишечника. Жінку вдалось врятувати, однак у неї розвинулась

постгіпоксична ятрогенна (внаслідок невдалої анестезії) енцефалопатія з явищами тяжких когнітивних і поведінкових розладів.

Значну кількість недоликів допускали лікарі під час інтенсивної терапії та анестезіологічного забезпечення пологів, що було констатовано судово-медичними експертними комісіями в 15 випадках ((27,3 %) «лікарських справ»), зокрема: невизначення причини і типу анемії; проведення реанімаційних заходів із порушенням протоколів; неправильне проведення інтубації або передчасне розінтубовування; відсутність описання послідовності, сутності і тривалості реанімаційних заходів; неповідомлення середників інфузійної, в т. ч. інтраопераційної терапії, без вказання дозування, об'єму і кратності введення лікарських засобів; проведення реанімаційних заходів на мертвому плоді тощо.

22.02.10 Особа _5, перебуваючи на 40–41 тижні вагітності, поступила в плановому порядку в акушерське відділення К-ої ЦРЛ. У зв'язку із наявністю показань (великий плід, передчасне відходження навколоплідних вод) лікуючий лікар прийняв рішення про термінове розродження шляхом кесарського розтину. Під час надання внутрішньовенного наркозу (тіопенталу натрію 200 мг і каліпсоулу 150 мг) стався анафілактичний шок, розвинувся ларингоспазм. За кілька хвилин Особа _5 померла. Ще через день померла її новонароджена дитина. На розтині у померлої жінки була знайдена аденома гіпофіза, яка перебігала безсимптомно, однак, за висновком експертної комісії, стала пусковим чинником реакції гіперчутливості. Дії лікаря-анестезіолога були визнані судом злочинними, з приводу чого винесено обвинувальний вирок.

Аналіз особливостей неналежної медичної допомоги, яку було надано лікарями-акушерами, нами здійснено також і відповідно до виду допущених дефектів (діагностичні, лікувально-тактичні, організаційні, деонтологічні, у веденні медичної документації) та за характером дефектної медичної допомоги (ненадання медичної допомоги, несвоєчасне її надання, недостатнє надання та неправильне надання) [3, 8].

Як видно з рисунка 1, частіше за все лікарі-акушери припускались лікувально-тактичних помилок, питома вага яких серед інших дефектів медичної допомоги склала 28,2 %, і діагностичних помилок (23,0 %); організаційні помилки мали місце серед 16,7 % справ; деонтологічні були виявлені серед 5,8 % справ. Привертає увагу висо-

Структура недоликів акушерської допомоги за видами

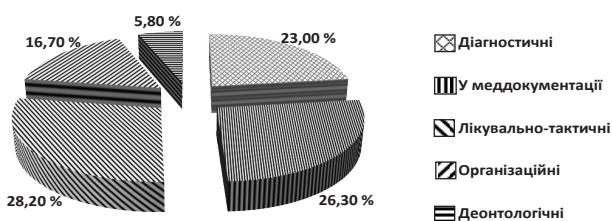


Рис. 1. Діаграма видової структури недоликів акушерської допомоги стосовно загальної кількості дефектів, встановлених експертними комісіями (n=156).

кий відсоток різноманітних упущень лікарів у складанні медичної документації, що було виявлено в матеріалах 26,3 % «лікарських справ».

Характерно, що неправильні дії лікарів зазвичай були асоційованими, коли, наприклад, хибність у діагностиці тягнула за собою неправильне лікування і супроводжувалось також ще й недоліками у веденні медичної документації.

Лікувально-тактичні дефекти лікарів акушерів-гінекологів були такі: неправильне складання плану ведення вагітної – без врахування акушерської ситуації, точного підрахунку терміну гестації, відсутності діагностування внутрішньоутробної асфіксії плода; підміна консилиуму лікарів (який має організовуватись заступником головного лікаря з лікувальної роботи із залученням провідних клініцистів та науковців ВМЗ) так званими «консиліарними», тобто сумісними оглядами чергових лікарів-ординаторів, спільна думка яких є лише рекомендаційною; відсутність госпіталізації у спеціалізований стаціонар за умови обтяженого акушерського анамнезу; відсутність інформованої згоди на тактику ведення пологів та невідповідність цієї тактики діючим протоколам; непроведення посіву крові на чутливість за умови тривалої антибактеріальної терапії; технічні помилки під час операції; непередбачення розвитку ускладнень; хибність медикаментозних призначень – перевищення доз препаратів, недостатній чи надлишковий об'єм інфузій, необґрунтоване призначення багатьох лікарських засобів одночасно (поліпрагмація); поганий післяопераційний нагляд; неправильний прогноз тощо.

Серед недоликів діагностики частіше за все траплялись: недостатні загальноклінічні обстеження і лабораторні та інструментальні дослідження; поверхневий збір анамнезу; недооцінювання клінічних проявів захворювань та об'єктивного стану пацієнтки; необґрунтованість, неповнота, несвоєчасність або хибність клінічного діагнозу; непроведення показань спеціальних додаткових методів обстеження та діагностики; непроведення тестів руху плода; несвоєчасна діагностика допологових, інтрапологових та післяпологових ускладнень; нескликання консилиуму.

Серед організаційних упущень у наданні медичної допомоги в акушерсько-гінекологічній практиці слід зазначити: відсутність або недостатність контролю з боку адміністрації лікувального закладу за станом лікувально-діагностичного процесу; поганий комунікативний зв'язок між медичним персоналом, що призводило до невчасного прибуття ургентних лікарів на робоче місце – т. з. «синдром вихідного дня»; відсутність або несправність апаратно-інструментальних засобів; відсутність наступності медичної допомоги (між жіночою консультацією та стаціонаром); погана взаємодія ургентних лікарів з адміністрацією лікувального закладу і невчасне інформування про складну акушерську ситуацію; неправильне або невчасне скеровування лікуючими лікарями своїх пацієнток на госпіталізацію; порушення правил транспортування вагітної чи породіллі (без супроводу медичного персоналу, не у санітарному транспорті) тощо.

Серед недоликів у веденні медичної документації частіше за все траплялись такі огріхи: відсутність підписів вагітної в обмінній карті; відсутність гравідограми, неправильне її ведення (без відображення введених лі-

карських засобів, їх дозування, часу, без указання частоти серцевих скорочень плода і т. ін.); відсутність дати, часу та змісту консультацій фахівців; поверхневий і неповний опис об'єктивного, в т. ч. акушерсько-гінекологічного статусу; відсутність інформованої згоди пацієнтки на обстеження та лікування або відсутність письмової заяви про її відмову від лікувально-діагностичних заходів; невідповідність клінічного діагнозу діючій МКХ або «скороченість» такого діагнозу; неповідомлення тривалості періодів пологів; відсутність записів чергових лікарів або тривалий часовий проміжок між такими записами; невідображення динаміки стану породіллі у щоденних записах; непослідовність чи неповнота епікризу; відсутність лікарських рекомендацій під час виписки з стаціонару тощо. Особливо слід зауважити про незадовільне складання акушерами-гінекологами протоколів операційних втручань. Оператори, як правило, поверхнево, шаблонно і неприпустимо коротко відображали етапи операції; описували абияк або взагалі не описували видалені органи чи їх частини; не вказували макроскопічні (морфологічні) властивості хворобливо змінених тканин (загальний вигляд, форму, величину, колір, консистенцію, структуру, стан на розрізі); не зазначали післяопераційний діагноз; не описували новонародженого.

Серед *деонтологічних помилок* мала місце некоректна поведінка медичного персоналу з вагітною або її родичами та приховування пацієнткою або особами, які її супроводжували, даних про анамнез та особливості перебігання вагітності чи наявності або відсутності супутньої патології.

Таким чином, отримані дані свідчать, що найчастіше лікарі акушери-гінекологи допускали лікувально-тактичні та діагностичні помилки. Привертає увагу значна кількість недоліків у веденні медичної документації, що зазвичай супроводжували всі інші види упущень у професійній діяльності акушерів-гінекологів. У зв'язку із цим необхідно знати, що історія хвороби є важливим юридичним документом, правильне ведення якого є прямим обов'язком кожного лікаря [13, 14]. Неправильне, помилкове, загалом – неналежне оформлення медичних документів трактується з точки зору кримінального права як один із проявів злочинного недбалства [8].

З метою уникнення діагностичних помилок лікарю-практику слід пам'ятати, що правильна діагностика складається з трьох невід'ємних і тісно пов'язаних між собою складових: анамнезу, семіотики і лікарської логіки. Помилки в діагностуванні стають неминучими, коли порушується ця послідовність або коли хоча б одна з вказаних ланок випадає [8].

Подальший аналіз допущених лікарями акушерами-гінекологами недоліків медичної допомоги за характером (рис. 2) показав, що недостатній обсяг цієї допомоги було встановлено в матеріалах 41 справи (що склало (74,5 %) від загальної кількості справ проти акушерів-гінекологів, де були підтверджені різноманітні дефекти медичної допомоги); несвоєчасність медичної допомоги констатована в 20 випадках (36,4 %); неправильність надання медичної допомоги – 11 випадків (20,0 %); ненадання медичної допомоги – 2 випадки (3,6 %).

Такі дефекти зустрічались як поодинокі, коли в межах однієї «лікарської справи» був виявлений недолік лише одного типу (наприклад, несвоєчасна медична допомога),



Рис. 2. Діаграма якісної структури недоліків медичної допомоги, яку надавали лікарі акушери-гінекологи (стосовно загальної кількості «лікарських справ», у яких експертними комісіями були встановлені дефекти (n=55)).

так і комбіновано, коли медична допомога одночасно була недостатньою, неправильною та несвоєчасною.

Ми спробували також відобразити професійно-кваліфікаційний портрет лікаря акушера-гінеколога, у відношенні якого ініціюються кримінальні провадження з приводу неналежного виконання професійних обов'язків. Отже, серед таких лікарів 80 % складають жінки. Цікаво, що помилки у власних діях допускають далеко не початківці, а вже сформовані і досвідчені професіонали. Так, більшість лікарів акушерів-гінекологів, професійна діяльність яких підлягала слідчому розслідуванню, були старшого віку (середній вік (50,2±7,65) року), а 61 % з них мали стаж роботи за фахом 20–29 років (середній стаж (26,45±8,71) року), 65 % мали вищу лікарську категорію чи науковий ступінь, 30 % – першу лікарську категорію. Майже половина таких лікарів (45 %) на момент виникнення медичного інциденту обіймали адміністративні посади – завідувача відділення, завідувача жіночої консультації чи заступника головного лікаря. Таким чином, різноманітні дефекти у наданні акушерсько-гінекологічної допомоги частіше за все трапляються серед найдовідченіших фахівців, що обумовлюється як значною інтенсивністю лікувально-діагностичного навантаження цих лікарів, так і складністю самої спеціальності. Разом з тим висококваліфікованим лікарям не треба вважати себе непогрішними, такими, що досягли усіх висот у медицині. З точки зору кримінального права, лікар-клініцист зобов'язаний передбачати можливі негативні наслідки своєї професійної діяльності, відтак він має бути завжди напоготові такі наслідки попередити і усунути. Відсутність передбаченості у діях лікаря кваліфікується як злочинна самовпевненість, що, в свою чергу, є важливою юридичною ознакою вини.

Оцінка дій медичних працівників судово-медичними експертними комісіями, як і належна правова кваліфікація таких дій чи бездіяльності, неможлива без з'ясування їх причин, наслідків, до яких вони призвели, та знаходження відповідних причинно-наслідкових зв'язків.

Причини неналежного виконання лікарями своїх професійних обов'язків бувають об'єктивними та суб'єктивними. До об'єктивних належать такі причини, які зумовлені недостатнім розвитком медичної науки та

практики, існують поза свідомістю людини і виникли незалежно від волі, професійності та особистісних якостей лікаря. За результатами наших даних, об'єктивними причинами недоліків у наданні медичної допомоги в акушерстві були: тяжкість стану пацієнтки, запізніле звернення за медичною допомогою та відмова жінок або їх родичів від госпіталізації. Додатково потрібно зауважити про наявність обтяженого акушерського анамнезу в абсолютній більшості пацієнток, з боку яких виникали скарги на неналежну медичну допомогу.

Суб'єктивні причини пов'язані з особливостями лікаря, які похідні від його діяльності, залежать від ступеня професійної підготовки. До таких причин віднесли підтверджені експертними висновками неправильні, неналежні, всупереч медичній науці професійні дії лікарів акушерів-гінекологів, що було виявлено в 24 випадках (43,6 %). Окремо слід зазначити, що розслідування майже половини «лікарських справ» (23 справи (41,8 %)), в яких були доведені різноманітні недоліки у виконанні професійних обов'язків акушерів-гінекологів, виявило різноманітні за обсягом та глибиною порушення галузевих стандартів і протоколів надання медичної допомоги чи посадових інструкцій. Про цю обставину необхідно завжди пам'ятати практикуючому лікарю, оскільки за умови можливого судового розгляду у випадках несприятливого лікарювання будь-які порушення регламентуючих нормативних документів завжди будуть головним фактором, обтяжуючим вину медичного працівника.

Недоліки у наданні медичної допомоги вагітним і породіллям, як правило, супроводжувались тяжкими наслідками (92,7 % випадків). Зокрема, смерть матері констатована в 53,8 % випадків, з приводу яких порушувались справи; смерть плода або новонародженої дитини (19,2 %); смерть матері і плода (3,8 %); заподіяння тяжкого тілесного ушкодження матері або новонародженому (15,9 %) – тяжка родова травма втрата репродуктивної функції; заподіяння тілесного ушкодження середнього ступеня тяжкості матері або новонародженому (7,3 %).

Причиною смерті плода в більшості випадків дефектної медичної допомоги стала внутрішньоутробна асфіксія, рідше – родова травма і пневмонія. Причинами материнської смертності експертними комісіями були констатовані післяпологова кровотеча, рідше – ускладнення грипу, тромбоемболія легеневої артерії та гнійні ускладнення.

З точки зору кримінального права, необхідно знати, що далеко не кожний випадок несприятливого лікарювання повинен ставати підставою обвинувачення лікаря в злочинному недбалстві. Несприятливий наслідок нерідко залежить не від конкретних дій лікаря, а від ряду

об'єктивно-випадкових подій. Кримінальна відповідальність настає, коли, крім тяжкого наслідку для пацієнта, встановлено конкретне упушення з боку професійної діяльності лікаря та судово-слідчим шляхом доведено причинно-наслідковий зв'язок між неправильними діями (бездіяльністю) цього лікаря і несприятливим наслідком для його пацієнта.

Прямий чи опосередкований причинно-наслідковий зв'язок між недоліками у наданні медичної допомоги лікарями акушерами-гінекологами та негативними наслідками був встановлений судово-медичними експертними комісіями в 23,6 % випадків вивчених «лікарських справ».

ВИСНОВКИ. 1. Лікарі акушери-гінекологи увійшли у топ-лист найбільш ризикованих (з точки зору скарг на неналежну медичну допомогу і подальшого судово-слідчого розгляду) лікарських спеціальностей в Україні, де посідають друге місце.

2. Скарги пацієнтів, які стають підставами для подальшого відкриття кримінальних проваджень проти лікарів акушерів-гінекологів, рідко пов'язані з несприятливими наслідками лікарювання в гінекології, а насамперед зумовлені різноманітними дефектами у наданні медичної допомоги вагітним, роділлям і породіллям, що підтверджується в більшості випадків (70,5 % досліджених «лікарських справ»).

3. Неправильні професійні дії лікарів акушерів-гінекологів стаються під час лікування, діагностики, в організаційному забезпеченні медичних заходів та в оформленні медичної документації. Дефектність медичної допомоги в акушерстві проявляється також недостатнім обсягом цієї допомоги та несвоєчасністю її надання.

4. Помилки у наданні акушерсько-гінекологічної допомоги допускають не початківці, а переважно досвідчені клініцисти, зі значним практичним стажем роботи та високим кваліфікаційним рівнем.

5. Майже половина «лікарських справ», порушених проти лікарів акушерів-гінекологів, зумовлена їх невдалою лікувально-діагностичною діяльністю і викликана неналежними, всупереч стандартам медичної допомоги професійними діями, які призводять до розвитку тяжких для пацієнтів наслідків.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Проблема недоліків медичної допомоги в акушерстві-гінекології потребує подальшого вивчення з метою своєчасного виявлення таких недоліків, їх всебічного аналізу і обговорення у лікарських колективах, що дозволить розробити ефективні профілактичні заходи для запобігання таким порушенням та суттєво покращить ефективність і якість надання акушерсько-гінекологічної допомоги громадянам.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Конституція України : прийнята на 5 сесії Верховної Ради України 28.06.1996 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 30 (23 лип.).
2. Москаленко В. Ф. Медичне законодавство: правова регламентація лікарської діяльності / В. Ф. Москаленко, Б. В. Михайличенко. – К. : ВСВ «Медицина», 2011. – 495 с.
3. Франчук В. В. Аналіз недоліків надання медичної допомоги в сучасних умовах (за матеріалами комісійних судово-

во-медичних експертиз) / В. В. Франчук // Судово-медична експертиза. – 2016. – № 1. – С. 56–61.

4. Erin Farley J. A retrospective analysis of medical malpractice litigation in three New York counties. Technical Report. December 2014 [Electronic resource] / J. Erin Farley. – Center for Court Innovation. – Electronic data. – Mode of access: World Wide Web: <https://www.researchgate.net/publication/272489906>. – Title from the screen.

5. Evaluation of medical malpractice litigations in China / Yang Tiantong, Zhang Guozhong, Wang Xu [et al.] // *Forensic Sci. Med.* – 2016. – Vol. 2. – P. 185–189.

6. Increasing liability premiums in obstetrics – analysis, effects and options / P. Soergel, O. Schöffski, P. Hillemanns [et al.] // *Geburtshilfe und Frauenheilkunde.* – 2015. – Vol. 75(4). – P. 367–376. <http://doi.org/10.1055/s-0035-1545955>.

7. A comparison of medical litigation filed against obstetrics and gynecology, internal medicine, and surgery departments / T. Hamasaki, A. Hagihara // *BMC Medical Ethics.* – Vol. 16. – P. 72. <http://doi.org/10.1186/s12910-015-0065-1>.

8. Франчук В. В. Експертно-правові особливості несприятливого лікарування в хірургії / В. В. Франчук // *Шпитальна хірургія. Журнал імені Л. Я. Ковальчука.* – 2016. – № 4. – С. 88–92.

9. Сенюта І. Я. Дефекти надання медичної допомоги: поняття і види / І. Я. Сенюта // *Медичне право.* – 2017. – № 1. – С. 55–66.

10. Барінов Е. Х. Изучение неблагоприятных исходов в акушерско-гинекологической практике / Е. Х. Барінов, П. О. Ромодановский // *Медицинское право.* – 2012. – № 6 (46). – С. 44–49.

11. Бушмелева Н. Н. Дефекты оказания медицинской помощи в случаях материнской смерти на уровне региона [Электронный ресурс] / Н. Н. Бушмелева // *Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения».* – 2014. – № 3 (37). – Режим доступа : <http://vestnik.mednet.ru/content/view/565/30/lang,ru/>.

12. Терентьева Л. В. Судебно-медицинская экспертиза неблагоприятных исходов при оказании акушерско-гинекологической помощи : автореф. дисс. на соискание науч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.24 «Судебная медицина» / Л. В. Терентьева. – М., 2003. – 19 с.

13. Гревцова Р. Ю. Документи, що мають юридичне значення у діяльності закладів охорони здоров'я [Електронний ресурс] / Р. Ю. Гревцова // *Медична газета «Здоров'я України».* – 2015. – № 6. – Режим доступу : <http://health-ua.com/article/16794-dokumenti-sho-mayut-yuridichne-znachennya-udyalnost-zakladv-ohoroni-zdorov>.

14. Антонов С. В. Роль медицинской документации как доказательства в гражданском и уголовном судопроизводстве / С. В. Антонов // *Медична практика: організаційні та правові аспекти.* – 2011. – № 4. – С. 31–35.

REFERENCES

1. Konstytutsiia Ukrainy: Verkhovna Rada Ukrainy vid 28.06.1996 r. Vidomosti Verhovnoi Rady Ukrainy vid 23.07.1996 – № 30 [in Ukrainian].

2. Moskalenko, V.F., & Mukhailuchenko, B.V. (2011). *Medychne zakonodavstvo: pravova rehlamentatsiia likarskoi diialnosti [Medical legislation: legal reglamentation of medical activity]*. Kyiv: Medytsyna [in Ukrainian].

3. Franchuk, V.V. (2016). Analiz nedolikiv nadannia medychnoyi dopomohy v suchasnykh umovakh (za materialamy komisiinykh sudovo-medychnykh ekspertyz) [Analysis of medical malpractice in modern conditions (according to the materials of commission forensic medical examinations)]. *Sudovomedychna ekspertyza – Forensic Medical Examination*, 1, 56-61 [in Ukrainian].

4. Erin J. Farley. (2014). A retrospective analysis of medical malpractice litigation in three New York Counties. Technical Report. [Electronic resource] / Center for Court Innovation. – Electronic data. – Retrieved from: World Wide Web: <https://www.researchgate.net/publication/272489906>. – Title from the screen.

5. Yang Tiantong, Zhang Guozhong, Wang Xu, Di Shengli, Zhang Haidong, Sun Daming et al. (2016). Evaluation of medical malpractice litigations in China, 2002-2011. *Forensic Sci. Med.*, 2, 185-189.

6. Soergel, P., Schöffski, O., Hillemanns, P., Hille-Betz, U., & Kundu, S. (2015). Increasing liability premiums in obstetrics – analysis, effects and options. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 75 (4), 367-376. <http://doi.org/10.1055/s-0035-1545955>.

7. Hamasaki, T., & Hagihara, A. (2015). A comparison of medical litigation filed against obstetrics and gynecology, internal medicine, and surgery departments. *BMC Medical Ethics*, 16, 72. <http://doi.org/10.1186/s12910-015-0065-1>.

8. Franchuk, V.V. (2016). Ekspertno-pravovi osoblyvosti neblagopryiemnoho likariuvannia v khirurgii [Expert-legal peculiarities of surgical malpractice]. *Shpytalna khirurgiia. Zhurnal*

imeni L.Ya.Kovalchuka – Hospital Surgery. Journal by L.Ya. Kovalchuk, 4, 88-92 [in Ukrainian].

9. Seniuta, I.Ya. (2017). Defekty nadannia medychnoi dopomohy: poniattiia i vydy [Defects of medical care provision: notions and types]. *Medychne pravo – Medical Law*, 1, 55-66 [in Ukrainian].

10. Barinov, E.Kh. (2012). Izuchenie neblagopriyatnykh iskhodov v akushersko-ginekologicheskoy praktike [Studying of failures in obstetric-gynecologic practice]. *Meditsinskoe pravo – Medical Law*, 6, 44-49 [in Russian].

11. Bushmeleva, N.N. (2014). Defekty okazaniya meditsynskoy pomoshchi v sluchayakh materinskoy smerti na urovne regiona [Defects in medical care delivery in cases of maternal death at the regional level]. Electronic data. – Retrieved from: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/565/30/lang,ru> [in Russian].

12. Terentyeva, L.V. (2003). Sudebno-meditsinskaya ekspertiza neblagopriyatnykh iskhodov pri okazanii akushersko-ginekologicheskoy pomoshchi [Electronic resource]. – Retrieved from: <https://cyberleninka.ru/article/n/sudebno-meditsinskaya-ekspertiza-neblagopriyatnyh-ishodov-v-akushersko-ginekologicheskoy-praktike-1> [in Russian].

13. Hrevtsova, R.Yu. (2015). Dokumenty, shcho maiut yurydychne znachennia u diialnosti zakladiv okhorony zdorovia [Electronic resource]. Zdorovia Ukrainy – Health of Ukraine. – Electronic data. – Retrieved from: <http://health-ua.com/article/16794-dokumenti-sho-mayut-yuridichne-znachennya-udyalnost-zakladv-ohoroni-zdorov> [in Ukrainian].

14. Antonov, S.V. (2011). Rol meditsynskoy dokumentatsii kak dokazatelstva v grazhdanskom i ugovnom sudoproizvodstve [Role of medical papers as an evidence in civil and criminal litigation]. *Medychna praktyka: orhanizatsiini ta pravovi aspekty – Medical Practice: Institutional and Legal Aspects*, 4, 31-35 [in Russian].

Отримано 05.02.18