

Долгова О.Б., Родина Н.В., Соколова С.Л., Кондрашов Д.Л.
**АНАЛИЗ КОМИССИОННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ
 ПО ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет;
 ГБУЗ СО Бюро судебно-медицинской экспертизы,
 г. Екатеринбург, Российская Федерация

Резюме. В статье приведен анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз по оценке качества медицинской помощи за 2009–2014 гг., установлены нарушения порядков оказания медицинской помощи, определены проблемы и особенности производства сложных комиссионных экспертиз в Свердловской области.

Ключевые слова: судебно-медицинские комиссионные экспертизы по «врачебным делам», качество медицинской помощи, вред здоровью, судебный процесс, следствие

В практической работе государственных судебно-медицинских экспертных учреждений РФ число экспертиз, проводимых по вопросам ненадлежащего оказания медицинской помощи, имеет стойкую тенденцию к увеличению. Четкий алгоритм проведения данного вида экспертиз не установлен и является одним из самых дискуссионных вопросов в судебно-медицинском сообществе [1]. Врачами-судебно-медицинскими экспертами предпринимаются попытки систематизации работы экспертных комиссий по производству судебно-медицинских экспертиз указанного вида [2]. Существенную трудность при этом представляет отсутствие единого подхода к оценке действий лечащих врачей, обусловленное, в свою очередь, разной трактовкой понятий «дефект медицинской помощи», «ятрогенная», «недостаток медицинской услуги», поскольку многие врачи и юристы пытаются наполнять понятия все новым и новым содержанием, не заботясь о юридических последствиях и возможных коллизиях, связанных с формулировками [2, 3, 4]. Некоторые авторы, в силу неоднозначности трактовки предлагают отказаться от употребления термина «ятрогенная» при проведении комиссионных экспертиз [3]. Ряд ученых настаивают на использовании термина «ятрогенные повреждения», особенно в тех случаях, когда травма становится следствием произведенной манипуляции, и, следовательно, предлагают отказаться от оценки повреждений как причинивших вред здоровью. В частности, образование переломов подъязычной кости, хрящей гортани и трахеи, обнаруживаемых более чем в 60% случаев после проведения интубаций, считают «ятрогенной» и не оценивают как причиненный вред здоровью [5]. Существуют сложности в части работы экспертной комиссии по оценке медицинской помощи в соответствии со стандартами [6] и порядками оказания помощи, поскольку на сегодняшний день в РФ не существует единого, унифицированного, доступного реестра порядков по всем специальностям. Трудоемким становится поиск нормативных документов, которые регламентируют работу врачей на момент оказания медицинской помощи.

Зачастую экспертные комиссии в региональных бюро судебно-медицинской экспертизы представляют необоснованные, неаргументированные выводы, число вопросов существенно больше числа ответов в разделе «Выводы», ряд экспертиз содержит юридические справки - инициативу, которую можно расценивать как реализацию факта «передоверения» экспертной комиссии права фактических выводов по делу, в дальнейшем интерпретируемых в качестве правовой оценки [7].

Экспертизы сложны, что обусловлено их разной профильностью, большим количеством и низким качеством документов, отсутствием полного объема утвержденных стандартов. В регионах РФ процентное соотношение экспертиз по медицинскому профилю представляет существенную разницу. Так, в Алтайском крае лидирующие позиции среди «врачебных дел» занимают экспертизы акушерско-гинекологического профиля, составляющие 27,4% от общего количества, причем «дефекты оказания медицинской помощи» выявлены в 62,5% случаев [8]. В Москве наиболее часто выполняются экспертизы по вопросам качества оказания помощи врачами-стоматологами, что составляет 30,5%, тогда как экспер-

тизы акушерско-гинекологического профиля — 13%, хирургического — 9,3%, травматолого-ортопедического — 7,1%. В стоматологии во всех случаях выявляются дефекты ведения медицинской документации, что в последующем судом расценивается не в пользу врача и клиники [9].

Целью нашего исследования стал анализ сложных комиссионных экспертиз по вопросам оценки оказанной медицинской помощи, выполненных в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Свердловской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (ГБУЗ СО «БСМЭ»).

Материалы и методы исследования

Материалом для исследования послужили заключения экспертных комиссий, выполненные в 2009–2014 гг. в рамках проверок Следственного комитета, уголовных и гражданских дел, имеющие ответы на вопросы о качестве оказанной медицинской помощи. При работе с материалами использован метод сплошной выборки. В ходе исследования представлена оценка динамики количества и соотношения экспертиз в зависимости от профильности. Определены наиболее часто встречающиеся повреждения как следствие медицинских манипуляций, причинившие вред здоровью пациентов; отмечены нарушения порядков оказания медицинской помощи при госпитализации, транспортировке, диагностике и лечении больных. Кроме того, сделаны выводы о существующих в регионе проблемах, которые возникают в ходе работы экспертных комиссий.

Результаты и обсуждение

За период 2009–2014 гг. в отделе сложных комиссионных экспертиз ГБУЗ СО «БСМЭ» выполнено 3016 экспертиз, 912 из которых касались оценки качества оказанной медицинской помощи, что составило 32% от общего числа экспертиз (Рис. 1).

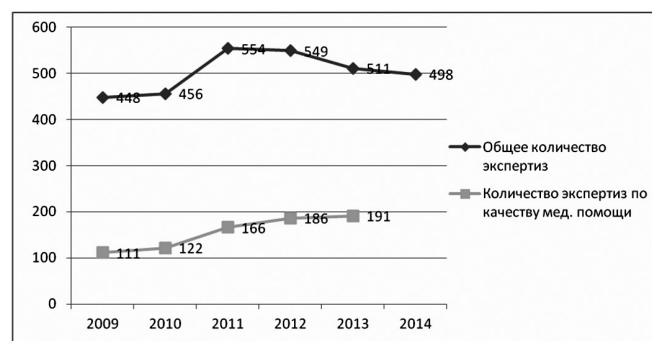


Рис. 1. Количество экспертиз, выполненных в отделе сложных комиссионных экспертиз за период 2009–2014 гг.

На фоне относительно стабильного показателя работы отдела по количеству выполняемых экспертиз определяется стойкая тенденция увеличения как числа экспертиз с вопросами об оценке оказанной медицинской помощи, так и доли экспертиз указанного вида в объеме экспертной работы (Рис. 2).

Прямая причинно-следственная связь между выполненными ненадлежащим образом медицинскими манипуляциями и неблагоприятным исходом — смертью пациента или причинением тяжкого вреда здоровью устанавливалась в 4 случаях в 2009 году, в 7 случаях в 2010 году, в 11 случаях в 2011 году, в 14 случаях в 2012 году, в 17 случаях в 2013 году; практически в половине случаев из-за неправильных действий врачей и среднего медицинского персонала наступала смерть пациентов.

В сложившихся условиях работы со следствием и судом отдел сложных комиссионных экспертиз ГБУЗ СО «БСМЭ» не име-

ет возможности получать информацию о том, какое значение для следствия и суда имели результаты экспертизы, достаточно ли обоснованными и аргументированными представлялись выводы следователю, прокурору и суду, становилось ли основой судебного решения умозаключение экспертной комиссии, направлялись ли материалы судебных и следственных дел в другие региональные судебно-медицинские экспертные учреждения, какие выводы были сделаны в ходе производства повторной экспертизы в другом регионе РФ. Таким образом, на сегодняшний день отсутствует возможность оценки качества сложной комиссионной экспертизы, в том числе и степени удовлетворенности потребителя продуктом деятельности судебно-медицинской службы. В редких случаях на каком-либо этапе — в ходе допросов следователя, допросов в судах, иногда в устной консультации — определяется позиция судебно-следственных органов в ходе уголовного процесса.

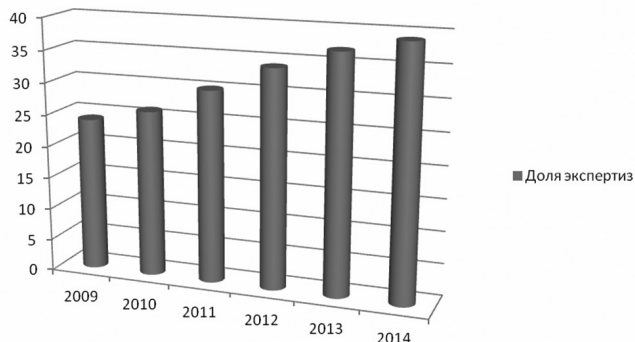


Рис. 2. Доля экспертиз с ответами на вопросы о качестве медицинской помощи от общего количества выполненных сложных комиссионных экспертиз.

Так в 2014 г. в ГБУЗ СО «БСМЭ» была выполнена комиссионная экспертиза в рамках уголовного дела по обвинению врача акушера-гинеколога К. в недооценке состояния роженицы С., в результате чего наступила смерть новорожденного. Причиной неблагоприятного исхода, по мнению экспертной комиссии, стала недооценка состояния роженицы и плода, неверная трактовка акушерской ситуации (клинически узкий таз), отказ от оперативного родоразрешения. Выводы экспертной комиссии суд посчитал полными, аргументированными, обоснованными и однозначно понятными. Однако в ходе судебного следствия в процессе выступил специалист в области акушерства и гинекологии, который высказал мнение о правильной оказании медицинской помощи, что стало основанием для ходатайства стороны защиты о назначении повторной экспертизы в одном из самых крупных экспертных судебно-медицинских учреждений. К сожалению, полученное заключение экспертной комиссии западного региона РФ в ответах на поставленные вопросы не содержало ни одного аргументированного и обоснованного экспертного суждения. Вышесказанное позволило суду определить экспертизу с выводами в объеме нескольких строк, на которую были необоснованно израсходованы большие финансовые средства, как «абсолютно пустую». Таким образом, материалы уголовного дела были направлены для производства следующей повторной комиссионной экспертизы в экспертное учреждение другого региона РФ. Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод о необходимости контроля за исполнением законов РФ, предписывающих в обязательном порядке представлять обоснованные и аргументированные выводы при ответе на поставленные следствием и судом вопросы. С другой стороны, необходима реализация статьи 307 УК РФ об ответственности специалистов за достоверность и истинность сведений, представленных суду.

При анализе первичной судебно-медицинской документации, представленной в материалах уголовных и гражданских дел, нами определены существенные недостатки судебно-медицинского исследования трупов лиц, смерть которых наступила в медицинских организациях. Низкое качество выполненных исследований трупов затрудняло решение комиссией вопросов о качестве оказания медицинской помощи. Нами отмечен ряд недостатков в опи-

сании трупа, а именно:

- неполное (неточное) описание результатов медицинских манипуляций, преимущественно в области оперативных вмешательств;
- неточное, не позволяющее установить их особенности, описание находящихся в трупе дренажей, трубок, иных предметов медицинского назначения и инородных тел;
- отсутствие указаний на наличие осложнений, которые возникают после проведения медицинских манипуляций (состоятельность швов, наличие лигатур на сосудах и др.);
- неправильное установление причинно-следственной связи между наступлением смерти и выполненной медицинской манипуляцией, отражаемое в судебно-медицинском диагнозе и заключении эксперта;
- технические ошибки в экспертном документе — внесение в документ в разделе «судебно-медицинский диагноз» повреждений, не описанных в исследовательской части.

Таким образом, необходим контроль за выполнением качественного судебно-медицинского исследования трупа и оформлением первичной судебно-медицинской документации, разработка форм контроля за деятельностью врачей судебно-медицинских экспертов и определение круга лиц, исполняющих контролирующую функцию.

В Свердловской области комиссионные судебно-медицинские экспертизы с вопросами о качестве оказанной медицинской помощи касались оценки деятельности врачей и среднего медицинского персонала по широкому кругу специальностей (Таб. 1).

Таблица 1
Распределение экспертиз в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи

Профиль заболевания	Процент от общего количества экспертиз
Хирургические болезни	21,5
Акушерство и гинекология	20,2
Резанимационные мероприятия и анестезиология	11,6
Детские инфекционные болезни	10,5
Нервные болезни и нейрохирургическая патология	8,5
Терапия	7,5
Стоматология	5,4
Травматология	3,7
Скорая медицинская помощь, оказываемая бригадой СМП	3,2
Онкология	2,1
Урология	1,6
Фтизиатрия	1,3
ЛОР-болезни	1,1
Эстетическая хирургия	1
Педиатрия	0,5
Другие	0,3

Таким образом, в Свердловской области лидирующие позиции среди экспертиз, проводимых на основании постановлений органов следствия и суда, занимают экспертизы хирургического и акушерско-гинекологического профиля.

По нашим данным, на протяжении всего исследуемого периода времени в ряде специальностей усматриваются сходные, встречающиеся ежегодно, нарушения порядков оказания медицинской помощи, несоответствия общепринятым принципам и подходам к лечению больных.

При оказании медицинской помощи в акушерстве отмечены случаи несвоевременного выполнения кесарева сечения, что влечет за собой внутриутробную гипоксию, перинатальное, связанное с гипоксией, поражение центральной нервной системы у детей различной степени выраженности, которое становится причиной смертельных исходов; случаи неполного мониторинга состояния плода в разные периоды родов и, как следствие этого, поздняя диагностика тяжелой, угрожающей жизни гипоксии.

В хирургической практике констатируются факты поздней диагностики, неправильно выбранного объема оперативного вмешательства, в частности, объема резекции кишечника, ведущего к несостоятельности швов анастомозов; позднее выполнение ре-лапаротомий при развитии третичного перитонита; неполная (некачественная) ревизия в случаях повреждений — колото-резаных ран, невыявление повреждений по ходу раневого канала; низкое качество, неинформативность фиброгастродуоденоскопии при желудочно-кишечных кровотечениях. Следует отметить, что повреждение внутренних органов в области оперативного вмешательства наблюдается крайне редко — в среднем один случай в 2 года.

При оказании нейрохирургической помощи встречаются случаи необоснованного отказа от выполнения компьютерной томографии головного мозга при наличии возможностей проведения исследования, как следствие, невыявление субдуральных гематом достаточно большого объема, непроведение оперативного лечения внутричерепных кровоизлияний.

В условиях реанимационных отделений отмечается поздний перевод больных на искусственную вентиляцию легких, недостаточно полная предоперационная подготовка, необоснованно малый объем мероприятий по профилактике тромбозов легочной артерии.

С 2010 года регулярно констатируются случаи неправильного проведения анестезиологического пособия — недостаточно полное обезболивание, отсутствие прогностической настороженности при трудной интубации трахеи, как следствие этого — невозможность ее выполнения с первой попытки и последующее развитие у пациента тяжелой гипоксии; неправильный выбор способа анестезии, неправильная тактика ведения наркоза.

При оказании помощи детям с инфекционными заболеваниями отмечается недостаточный объем инфузионной терапии и несвоевременность перевода в реанимационно-анестезиологическое отделение.

Общим для всех видов медицинской помощи является неправильный выбор варианта антибактериальной терапии — малые дозы, короткие курсы, неверный выбор препаратов и их комбинаций, назначение лечения без учета результатов бактериологического исследования. Неэффективность антибактериальной терапии в силу неправильного выбора варианта лечения выявлена в 95% случаев от всех экспертиз.

Причинение вреда здоровью пациентам, в том числе летальный исход при ненадлежащем выполнении профессиональных обязанностей врачами, было определено в следующих случаях:

- повреждение долей легких при установке дренажей,
- повреждение общего печеночного протока при холецистэктомии,
- перевязка общего печеночного протока при холецистэктомии,
- разрыв пищевода при введении желудочного зонда,
- ранение селезенки при нефрэктомии,
- ожог при медицинской манипуляции,
- разрыв печени в ходе реанимационных мероприятий,
- неправильное положение пациентки на операционном столе с последующим развитием плевсита,
- наличие инородных тел после оперативных вмешательств – хирургические иглы, салфетки, зажимы,
- выполнение ампутации пальца при отсутствии показаний,
- удаление артерии при флебэктомии,
- повреждение нижней полой вены при лапаротомии,
- перевязка мочеточника при экстирпации матки,
- выполнение кесарева сечения при наличии противопоказаний,
- введение лекарственного препарата в стекловидное тело вместо окологлазничной клетчатки,
- введение хлористого кальция с жировую клетчатку и т.д.

Полученные в ходе нашей работы данные определяют необходимость рекомендовать при составлении рабочих программ дисциплин в циклах постдипломной подготовки специалистов на базе кафедр Уральского государственного медицинского университета включение вопросов организации оказания медицинской помощи и лечения больных с учетом выявленных случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Увеличение с каждым годом количества экспертиз, их разнообразие, участие в уголовных и гражданских процессах большого количества людей отражают активность позиции общества в реализации права граждан РФ на качественные и своевременные медицинские услуги.

Тем не менее, следует отметить, что в 39% случаев жалобы граждан на качество оказания медицинской помощи являются необоснованными, что подтверждается результатами выводов экспертных комиссий.

Кроме того, в большинстве случаев, несмотря на нарушение врачами порядков оказания медицинской помощи, не соблюдения общепринятых подходов к лечению больных, даже в случае неблагоприятных исходов экспертная комиссия делает вывод об отсутствии прямой причинной связи между действиями врача и неблагоприятным исходом, связывая исход с тяжестью и особенностями течения патологического процесса. В указанных случаях дело, как правило, рассматривается в гражданском процессе, требования истцов удовлетворяются частично в зависимости от выявленных этапных нарушений при исполнении медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей.

При этом в заключениях наших экспертных комиссий отсутствуют указания на наличие «ятрогенной патологии», «дефектов» и «недостатков» в силу неоднозначности трактовки понятий.

На основании изученных материалов нами определены наиболее часто встречающиеся причины проведения следственных проверок, возбуждения уголовных дел и обращения граждан в суд с жалобами на качество медицинской помощи.

Главной причиной жалоб граждан на оказываемые медицинские услуги следует считать деонтологические проблемы в отношениях врача и пациента. В подавляющем большинстве материалов гражданских и уголовных дел истцы и их представители указывают на отсутствие у врача мотивации к общению с пациентом. В стационарах хирургического профиля, особенно в случаях выполнения планового оперативного вмешательства, отсутствуют ежедневные обходы, пациент не имеет возможности задать врачу вопрос о состоянии своего здоровья, поскольку врач не находится на рабочем месте, зачастую, на протяжении 10–14 дней больные не видят своего лечащего врача, не знают его в лицо, не имеют представления о плане лечения и его особенностях. Врачи уходят от ответов на вопросы пациентов, выражают недовольство вопросами, не проявляют инициативу в информировании больных по прогнозу заболевания.

В 2014 г. экспертная комиссия работала с материалами уголовного дела, возбужденного в отношении врача Т. по жалобе матери в связи со смертью ребенка. У новорожденного имелась тяжелая врожденная хирургическая патология, требующая оперативного вмешательства. Выбранный врачом способ лечения маленького пациента был единственно возможным в силу анатомических особенностей органов и сосудов, риск неблагоприятного исхода высок, при этом полностью оправдан. Летальный исход прогнозирован, но лечащий врач не посчитал нужным объяснить родителям ребенка необходимость и возможные последствия вмешательства (при крайне высоком риске и угрозе жизни самим хирургическим лечением) ни на этапе госпитализации, ни в период подготовки к оперативному вмешательству. Отсутствие контакта врача и законных представителей пациента стало практически единственным поводом для жалобы на качество оказанной медицинской помощи и возбуждения уголовного дела.

Следует отметить, что в 100% случаев врачи не отрицают предъявленные претензии в вопросах этики взаимоотношений, объясняя их отсутствием времени для общения, усталостью, эмоциональной притупленностью, отсутствием сочувствия к пациентам и профессиональной настороженности в прогнозировании дальнейших действий пациентов и их близких.

Кроме того, среди причин назначения экспертиз следует назвать плановые проверки правоохранительных органов в случаях, имеющих общественный резонанс, в том числе во всех случаях смерти детей, беременных, рожениц и родильниц. По факту совершения преступления уголовные дела возбуждаются в том случае, если врач судебно-медицинский эксперт при исследовании трупа устанавливает тяжесть вреда здоровью, причиненного повреждениями, допущенными в ходе выполнения медицинских манипуля-

ций в силу низкой квалификации специалистов, осуществляющих деятельность в медицинских организациях.

Нельзя не назвать среди причин роста количества жалоб наличие особой категории граждан, желающих получить денежное вознаграждение по решению гражданского суда, либо наказать медицинских работников. Это связано с доступностью информации об опыте рассмотрения подобных гражданских дел и предлагаемых на заманчивых условиях услуг частных юристов, гарантирующих последующее денежное вознаграждение по решению суда.

В заключительной части работы нами определены основные проблемы организации работы экспертных комиссий в ГБУЗ СО «БСМЭ». Затруднения вызывает поиск врачей-консультантов, большая часть которых отказывается от предложения работать в составе экспертной комиссии. Причины отказа разнообразны. Специалисты высокой квалификации, имеющих большой стаж работы, ученую степень и ученое звание часто не устраивает предлагаемая оплата труда. В некоторых случаях, начиная знакомиться с материалами дела, специалист вынужден признать, что вопросы требуют ответов, которые выходят за рамки компетенции специалиста узкого профиля, и врач отказывается брать на себя ответственность за вывод. Кроме того, консультанты ссылаются на отсутствие времени, поскольку сроки исполнения экспертиз ограничены. Немаловажным врачи различных специальностей считают отсутствие опыта работы и страх перед участием в допросах следователей и судов. Наибольшую сложность в работе над экспертизой представляет этап начала работы с новым врачом-консультантом, поскольку врачу судебно-медицинскому эксперту приходится объяснять порядок работы, объем, значение, права, обязанности и ответственность экспертов, пределы профессиональной компетенции, и давать ответы на другие вопросы врача-консультанта. Несмотря на полученную информацию, и, в некоторых случаях, опыт работы в составе экспертных комиссий, врачи-консультанты в ходе допросов их в суде, бывает, меняют свое мнение, отвечают на вопросы суда, противореча представленным в экспертизе выводам, объясняя свою позицию внезапным изменением отношения к пострадавшим, либо обвиняемым. Отсутствие в отделе сложных комиссионных экспертиз единых требований к консультациям специалистов влечет за собой формальный подход некоторых врачей-консультантов к исполнению ими своих профессиональных обязанностей, краткие, необоснованные и неаргументированные ответы на вопросы экспертизы. Вышесказанное, в свою очередь, заставляет врачей судебно-медицинских экспертов выполнять работу консультантов, заниматься поиском нормативных документов, регламентирующих работу врачей разных специальностей, аргументацией ответов врача-специалиста. Это влечет за собой увеличение сроков производства экспертиз, незапланированные затраты времени в ущерб другим видам экспертной деятельности.

Таким образом, существует необходимость оптимизации порядка работы экспертных комиссий, разработки четких требований к деятельности консультантов, поиска путей решений мотивационных установок на работу врачей специалистов разных профилей.

Выводы

1. Количество экспертиз, проводимых по вопросам ненадлежащего оказания медицинской помощи, в Свердловской области имеет стойкую тенденцию к увеличению.

2. Лидирующие позиции по количеству выполняемых экспертиз в Свердловской области занимают экспертизы по вопросам качества оказанной хирургической и акушерско-гинекологической помощи.

3. Выводы экспертных комиссий экспертных учреждений судебно-медицинской службы РФ на сегодняшний день требуют особого контроля обоснованности и аргументированности.

4. Существует необходимость оптимизации порядка работы экспертных комиссий с разработкой требований к деятельности консультантов, поиска путей решений мотивационных установок на работу врачей-специалистов разных профилей.

5. Для объективности и полноты выводов экспертных комиссий необходимо выполнение качественного судебно-медицинского исследования трупа, что требует разработки форм контроля за деятельностью врачей судебно-медицинских экспертов.

6. Результаты сложных комиссионных экспертиз по анализу качества оказанной медицинской помощи должны быть доступны и использованы в учебном процессе при подготовке специалистов в ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

7. Наиболее частой причиной жалоб граждан на оказание медицинской помощи являются деонтологические проблемы в отношении «врач–пациент» или «врач–законный представитель пациента».

8. Отсутствие четкого определения понятий «ятрогения», «дефект медицинской помощи», «недостаток медицинской услуги» не позволяет использовать указанные термины при производстве экспертиз, в ходе допросов на стадии следствия и в суде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ковалев А.В., Мартемьянова А.А. О классификации видов неоказания медицинской помощи больному. Судебно-медицинская экспертиза 2015; 2, том 58: 4-8.

2. Фокин М.М. Методика производства судебно-медицинских экспертиз дефектов оказания хирургической помощи. Медицинская экспертиза и право 2013; 6: 40-44.

3. Повзун С.А., Унгуриян В.М., Демко А.Е. О целесообразности использования термина «ятрогения» в экспертной и юридической практике. Судебно-медицинская экспертиза 2013; 6: 52-54.

4. Баринев Е.Х., Ромодановский П.О. Качество и безопасность при оказании медицинских услуг. Вестник судебной медицины 2013; 3, том 2: 48-50.

5. Корякина В.А., Мишин Е.С. Судебно-медицинская характеристика и оценка повреждений шеи при интубации. Судебно-медицинская экспертиза 2015; 2, том 58: 22-26.

6. Горюнов М.С. экспертный анализ причин неблагоприятных исходов в отоларингологической практике. Медицинская экспертиза и право 2013; 6: 45-47.

7. Баринев Е.Х., Ромодановский П.О. Состояние судебно-медицинских экспертиз по гражданским делам, связанным с медицинскими спорами. Судебно-медицинская экспертиза 2013; 6: 37-40.

8. Шадымов А.Б., Колесников А.О., Лютиков Н.И. особенности проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» акушерско-гинекологического профиля. Вестник судебной медицины 2012; 4, том 1: 11-15.

9. Баринев Е.Х., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н. Анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз, связанных с дефектами оказания медицинской помощи в стоматологии. Вестник судебной медицины 2012; 4, том 1: 16-18.

Авторская справка

Долгова Оксана Борисовна

ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет», Екатеринбург

Доцент кафедры судебной медицины, к. м. н.

obdolgova@gmail.com

Родина Наталья Валерьевна

ГБУЗ СО «Бюро судебно-медицинской экспертизы», г. Екатеринбург

Заведующая отделом особо сложных комиссионных экспертиз

Соколова Светлана Леонидовна

ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет», Екатеринбург

Доцент кафедры судебной медицины, к. м. н.

Кондрашов Дмитрий Львович

ГБУЗ СО «Бюро судебно-медицинской экспертизы», г. Екатеринбург

Начальник, к. м. н.

Российская Федерация, 620102, г. Екатеринбург, ул. С. Дерябиной, 41

*Dolgova O.B., Rodina N.V., Sokolova S.L.,
Kondrashov D.L.*

ANALYSIS OF THE FORENSIC MEDICAL PANEL EXAMINATIONS CONCERNING QUALITY OF MEDICAL CARE

The Ural State Medical University;
Sverdlovsk Regional Bureau of Forensic Medical Examination,
Yekaterinburg, Russian Federation

Abstract. The article presents the analysis of the forensic medical panel examinations concerning quality of medical care for 2009–2014; violations of medical care procedures are stated; problems and peculiarities of complicated panel examinations in the Sverdlovsk region are defined.

Keywords: forensic medical panel examinations concerning «medical practice», quality of medical care, harm to health, the trial, investigation

REFERENCES

1. Kovalev A.V., Martem'janova A.A. O klassifikacii vidov neokazaniya medicinskoj pomoshhi bol'nomu. Sudebno-medicinskaja jekspertiza 2015; 2, том 58: 4-8.
2. Fokin M.M. Metodika proizvodstva sudebno-medicinskih jekspertiz defektov okazaniya hirurgicheskoy pomoshhi. Medicinskaja jekspertiza i pravo 2013; 6: 40-44.
3. Povzun S.A., Ungurjan V.M., Demko A.E. O celesoobraznosti ispol'zovaniya termina «jatrogeniya» v jekspertnoj i juridicheskoy praktike. Sudebno-medicinskaja jekspertiza 2013; 6: 52-54.
4. Barinov E.H., Romodanovskij P.O. Kachestvo i bezopasnost' pri okazanii medicinskih uslug. Vestnik sudebnoj mediciny 2013; 3, том 2: 48-50.
5. Korjakina V.A., Mishin E.S. Sudebno-medicinskaja harakteristika

i ocenka povrezhdenij shei pri intubacii. Sudebno-medicinskaja jekspertiza 2015; 2, том 58: 22-26.

6. Gorjunov M.S. jekspertnyj analiz prichin neblagoprijatnyh ishodov v otolaringologicheskoy praktike. Medicinskaja jekspertiza i pravo 2013; 6: 45-47.

7. Barinov E.H., Romodanovskij P.O. Sostojanie sudebno-medicinskih jekspertiz po grazhdanskim delam, svjazannym s medicinskimi sporami. Sudebno-medicinskaja jekspertiza 2013; 6: 37-40.

8. Shadymov A.B., Kolesnikov A.O., Ljutikov N.I. osobennosti provedeniya komissionnyh sudebno-medicinskih jekspertiz po «vrachebnym delam» akushersko-ginekologicheskogo profilja. Vestnik sudebnoj mediciny 2012; 4, том 1: 11-15.

9. Barinov E.H., Romodanovskij P.O., Cherkalina E.N. Analiz komissionnyh sudebno-medicinskih jekspertiz, svjazannyh s defektami okazaniya medicinskoj pomoshhi v stomatologii. Vestnik sudebnoj mediciny 2012; 4, том 1: 16-18

Authors

Dolgova Oxana B.
The Ural State Medical University
obdolgova@gmail.com

Rodina Natalia V.
The Sverdlovsk Regional Bureau
of Forensic Medical Examination

Sokolova Svetlana L.
The Ural State Medical University

Kondrashov Dmitrii L.
The Sverdlovsk Regional Bureau of Forensic Medical Examination
41, S. Deryabnoi st., Russian Atltation, 620102 Yekaterinburg

УДК 618.147:378.046.4

Кононова И.Н., Обоскалова Т.А., Глухов Е.Ю., Плотко Е.Э., Ворошилина Е.С., Локшин С.Л.

МОДЕЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ В ОБУЧАЮЩИХ ПРОГРАММАХ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет; МЦ «Гармония»; ООО «Фотек»,
г. Екатеринбург, Российская Федерация

Резюме. Внедренная в Екатеринбурге в организацию учебного процесса послевузовского образования модель формирования профессиональных компетенций позволяет обучающимся приобретать не только современные знания, но и реальный мануальный навык, дающий возможность приступить к работе в клинических условиях сразу после окончания обучения.

Ключевые слова: патология шейки матки, обучающие программы

Введение

Патология шейки матки занимает одно из лидирующих мест в амбулаторной гинекологии, приводя при негативном сценарии к развитию всевозрастающей, особенно в молодом репродуктивном возрасте, цервикальной онкопатологии [1; 2]. Поскольку лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия при патологии шейки матки (ПШМ) требуют профессионального владения врачом технологиями, включающими сложное кольпоскопическое и электрохирургическое оборудование, назрела необходимость в организации обучающих образовательных программ, формирующих профессиональные компетентности согласно современной парадигме образования – «обучении путем практики» [3; 4; 5].

Потребность в профессионально грамотных специалистах при лечении заболеваний шейки матки связана с социально-экономическими изменениями, произошедшими в российском об-

ществе, и объясняется множеством разнообразных организационных, психологических, профессионально-медицинских факторов:

1. Развитие рыночной экономики и рыночных отношений привели к увеличению числа разнообразных медицинских учреждений (в том числе частных), что усилило конкуренцию между ними. В условиях разнообразия типов медицинских учреждений возросли требования к качеству медицинского обслуживания [6].

2. Пациентки стали больше осознавать свои права на получение качественной медицинской помощи, а также на содержание самого лечебно-диагностического процесса [7].

3. Технический прогресс привел к концентрации врачей на технически сложных инструментальных методах диагностики и лечения, что требует обучения профессиональным навыкам с учетом комплаенса терапии [8].

4. Внедрение сложных инструментальных технологий в диагностический и лечебный алгоритм предраковых заболеваний шейки матки привели к изменению отношений в системе «врач-пациентка» [9].

5. За последнее десятилетие изменился образ врача. Современный врач – это технически продвинутый человек, активный пользователь интернет-ресурсов, возможностей современных средств коммуникации и информационных технологий [10].

6. Изменились требования врачей к последипломному обучению, приобретению практических навыков, эффективному ис-