

НОСПИТАЛ

*NE CEDE MALIS
НЕ ПАДАЙ
ДУХОМ В
НЕСЧАСТЬЕ!*

БОЛЬНИЦА

№ 2
2003

**НАУКА
И ПРАКТИКА**
КАФЕДРА СУДЕБНОЙ
МЕДИЦИНЫ МГМСУ

СТР. 3–9

КАФЕДРА
СТОМАТОЛОГИИ
ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА
ММА ИМ. СЕЧЕНОВА

СТР. 10

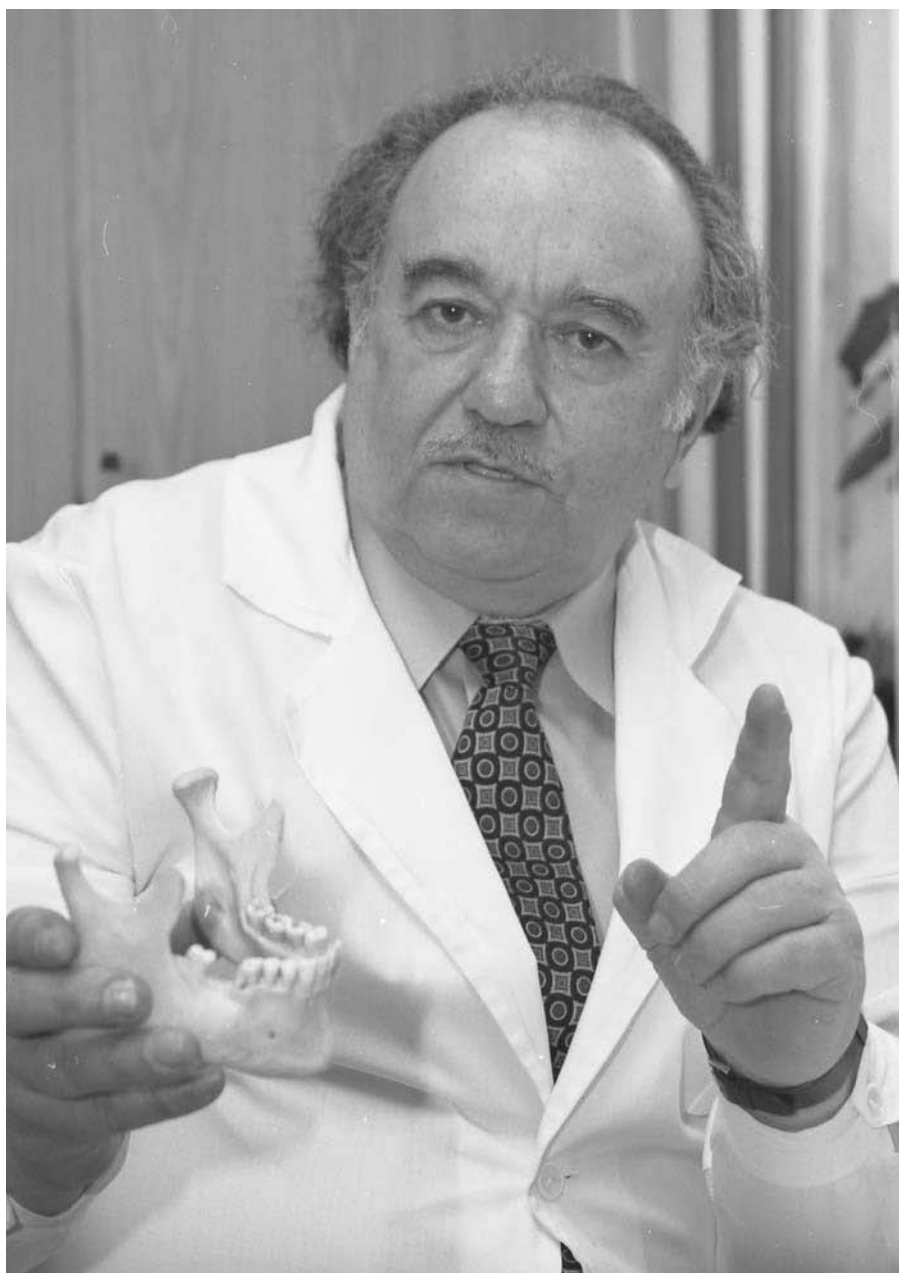
**ЭКСПЕРТИЗА
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
ОШИБОК
МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ**

СТР. 12–13



**НАДЕЖДА БЫТЬ
УСЛЫШАНЫМ**

СТР. 14



Профессор Г. А. Пашипян: «Репутация хорошего врача зарабатывается годами, добрым словом пациента и большим объемом качественно выполненной работы. Понятие качества в медицине спорно и неоднозначно. Однако в практике врача любой специальности есть ошибки и осложнения, которые сомнению не подлежат».

VIII КОНГРЕСС ПЕДИАТРОВ РОССИИ

В Москве прошел VIII Конгресс педиатров России «Современные проблемы профилактической педиатрии». На нем обсуждались вопросы диагностики, лечения и профилактики заболеваний органов дыхания, кожи, сердечно-сосудистой системы, эндокринологии, ревматологии. Рассматривались проблемы оптимизации специфической иммунопрофилактики инфекционных болезней у детей, закономерности роста, развития и формирования здоровья детей и подростков.

С большим вниманием собравшиеся выслушали доклады А. А. Баранова «Профилактические технологии в педиатрии: научно-практические проблемы и пути их решения», О. В. Шараповой «Состояние здоровья детей в России: первые итоги диспансеризации», В. А. Тутельян «Национальная стратегия здорового питания и ее значение в охране здоровья детей», Е. И. Алексеевой «Проблемы ревматических болезней у детей». Параллельно с Конгрессом прошла X Международная медицинская выставка «Здоровье матери и ребенка – 2003», на которой российские и зарубежные компании представили современное медицинское оборудование, новые лекарственные препараты, продукты питания для детей.

ПРОФИЛАКТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

Этой теме была посвящена первая Российская научно-практическая конференция, которая прошла под девизом «Чтобы малыш родился здоровым...»

Участники Конференции прослушали доклады: «Периконцепционная профилактика врожденной патологии у детей», «Эпидемиология врожденных пороков развития в РФ», «Программа массовой профилактики фолат-зависимых врожденных пороков развития у детей в Московской области» и другие. Главной темой конференции стало выступление доктора наук, профессора Эндрю Цейцеля, научного директора Фонда по контролю за наследственными заболеваниями (Венгрия). Эндрю Цейцель является руководителем исследования о влиянии поливитаминного препарата Элевит Пронаталь на возникновение врожденных патологий плода. Результаты этого независимого, плацебоконтролируемого рандомизированного исследования доказали, что этот препарат действительно эффективно предупреждает риск возникновения ряда ВПР, таких как дефект нервной трубки, дефект мочевыводящих путей и т. п.



ПРЕМИЯ ЗА ДОСТИЖЕНИЯ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНСКОЙ БИОТЕХНОЛОГИИ

Президиумом РАМН принято постановление «Об учреждении премии «За выдающиеся достижения в области медицинской биотехнологии» в память Н. А. Абрамова – одного из основателей ЗАО «Партнер». Премия будет присуждаться по двум номинациям: «За создание и внедрение в практику новых иммунобиологических препаратов для диагностики, лечения и профилактики заболеваний человека» и «За достижения в области применения медицинских иммунобиологических препаратов и внедрения их результатов в практику здравоохранения». Определение лауреатов будет происходить раз в два года. Размер премии 100 000 руб. по каждой номинации.

ЭД И КАК С НЕЙ БОРЬТЬСЯ

ESSM – Европейское общество медицины сексуальных расстройств. Первое проявление деятельности этого общества в России – пресс-конференция «Эректильная дисфункция (ЭД): медицинский и социологический аспекты проблемы». С докладами по актуальной теме выступили проф. Д. Ю. Пушкарь, В. В. Власов, А. С. Сегал, к. м. н. П. И. Раснер, Сирма Готовац и др.

По приблизительным оценкам ЭД отмечается у 152 миллионов мужчин в мире и 36 миллионов в Европе.

Все выступавшие подчеркивали важность своевременного лечения заболеваний, особенно урологических, влияющих на развитие эректильной дисфункции.

КОНФЕРЕНЦИЯ В ГКБ имени С. П. БОТКИНА

В учебно-научном центре по внедрению передовых медицинских технологий ГКБ им. С. П. Боткина 26–27 марта пройдет научно-практическая конференция «Внутрибольничные инфекции в стационарах различного профиля, профилактика, лечение осложнений». Это первая конференция цикла «Внедрение новых медицинских технологий, методик лечения и профилактики заболеваний в практическое здравоохранение г. Москвы и Московского региона», который является официальным мероприятием Департамента здравоохранения г. Москвы.

На конференции пройдет презентация «Московского медицинского журнала».

В рамках конференции организуется выставочная экспозиция производителей и дистрибьюторов лекарственных средств, медицинских изделий и медицинской техники.

Организационно-техническое исполнение – Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог»: 109240, Москва, ул. Николаямская, д. 21/7, оф. 36. Тел.: (095)915 2303, 915 4999, 109 1330.

E-mail: info@infomedfarm.ru

ХИМИЯ И ЖИЗНЬ

В России, на базе поликлиники № 1 Медицинского центра УД Президента РФ и Центра микро-эндоскопической оториноларингологии Ярославской ОКБ, закончилось клиническое исследование в области оториноларингологии, отвечающее современным критериям доказательной медицины. Благодаря этому российские пациенты смогут теперь получать более достоверную информацию об активно рекламируемых лекарственных средствах.

Двойное слепое плацебо-контролируемое исследование по применению препарата Синупрет, который применяют для лечения воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух, подтвердило его высокую эффективность.

В состав Синупрета входит комплекс растительных экстрактов, которые оказывают секретолитическое, антивирусное и противовоспалительное действие. Технологии фитониринга, использованные в его производстве, позволили создать препарат, обладающий высокой эффективностью – его можно применять в качестве монотерапии, т. е. без сопутствующего назначения других препаратов, например, антибиотиков.

Компания «Бионорика» активно развивает перспективное направление фармацевтики – фитониринг (phyto+engineering), соединяя возможности активных веществ растений и продуктов химического синтеза.



СПЕЦИАЛЬНОСТЬ, ВОСТРЕБОВАННАЯ ЖИЗНЬЮ

Речь в этом номере пойдет о судебной медицине, специальности, которой наша газета до сих пор не касалась, но которая в последнее время приобретает, увы, все большую и большую актуальность. Наш собеседник – заведующий кафедрой судебной медицины МГМСУ, доктор медицинских наук, профессор Гурген Амаякович Пашинян. Важное место в научной деятельности этой кафедры занимают вопросы организации и совершенствования судебно-стоматологической экспертизы. Исследования, проведенные ее специалистами, стали основой для внедрения в практику новых методов идентификации личности, здесь разработаны принципы производства судебно-стоматологических экспертиз, определены критерии оценки профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов, разработаны медико-правовые основы создания стандартов ортопедической, терапевтической, хирургической и детской стоматологии и многое другое.

Кафедра была организована в 1970 году, первым ее заведующим стал профессор Б. С. Свадковский. Написанное им учебное пособие по судебной стоматологии до сих пор является единственным учебником для студентов стоматологических факультетов России.

Г. А. Пашинян возглавил кафедру в 1989 году. Он автор более 350 научных работ, в том числе 18 монографий, трех учебников по судебной медицине и трех руководств для судебных медиков, следователей и работников МВД РФ. Под его руководством защищено около 20 докторских и более 50 кандидатских диссертаций, прошли подготовку многие клинические ординаторы и врачи интерны.

В феврале заслуженному деятелю науки РФ, академику Российской академии медико-технических наук и Международной академии интегративной антропологии, председателю Московского научного общества судебных медиков Г. А. Пашиняну исполнилось 70 лет. Наша встреча произошла незадолго до знаменательной даты. Мы от всей души поздравляем юбиляра, желаем ему крепкого здоровья, счастья, успехов в научной и практической работе.

А наш первый вопрос о его любимой специальности – судебной стоматологии, о ее главных задачах и проблемах.

– Одно из основных направлений нашей научной деятельности – разработка методов идентификации человеческой личности. Эта работа приобретает особое значение при крупномасштабных катастрофах и чрезвычайных ситуациях, которых, к сожалению, становится все больше и больше. Второе направление – это так называемые «врачебные дела». По этой проблеме мы работаем вплотную с 1995 года. Здесь тоже за последние годы обострилась ситуация: поток жалоб на некачественное лечение, особенно стоматологическое, все увеличивается. Третье направление – это установление научно-обоснованных критериев экспертной оценки механизма и степени тяжести вреда здоровью при повреждении зубов и костей лицевой части черепа. Дело в том, что при травме часто повреждаются зубы. Приходит пострадавший к судебному медику, а у него не хватает знаний в этой области – зуб ведь вообще за орган не считают. Сколько зубов повреждено, какие зубы – не важно. Определяют легкий вред здоровью. А мы подходим к этому дифференцированно. Скажем, поврежден только один зуб, но больному из-

за этого предстоит перенести большой объем стоматологических вмешательств, затратить много времени, сил и средств. Все это необходимо учитывать при экспертизе.

– Читателям нашей газеты особенно интересно второе направление – «врачебные дела», поэтому начните, пожалуйста, с этой проблемы.

– Новый «Гражданский кодекс» РФ определил, что медицинская помощь это «услуга». А раз так, то и к врачам и их «услугам» стали относиться соответственно. Хотя, на мой взгляд, медицинская помощь должна быть обозначена, как услуга особого рода, где конечный результат не так-то просто и определить. Масса осложнений может вытекать из самого характера процесса болезни, в котором врач абсолютно не виноват. Скажем, после операции по поводу рака человек не стал полностью трудоспособен. Это что – дефект врача или закономерное следствие самой болезни? Кодекс эти вещи не разъясняет.

Автоматически на медицину стал распространять свое действие закон о защите прав потребителей, многочисленные организации

защитников потребителей теперь без конца отправляют людей в суд с жалобами на врачей. И так как гражданские иски сроков давности не имеют, то иски бывают совершенно абсурдные – после происшествия прошло 26 лет! Человек подал иск на роддом, в котором, по его мнению, не так приняли роды, и он стал инвалидом детства. Учреждению «повезло», что в свое время там лопнула канализация и затопила архив.

Первые экспертизы по таким вопросам мы начали проводить на базе кафедры. Потом, с помощью Городского бюро судебно-экспертизы (начальник – проф. Жаров В. В.), было принято официальное решение о создании специального отделения по гражданским делам, и наш доцент возглавляет эту работу. Теперь уже все гражданские иски приходят к нам. Мы отвечаем на вопросы, которые поставлены судом. Прежде всего, это качество оказания медицинской помощи. Например, были ли допущены дефекты в диагностике, стратегии и тактике лечения, как проходил реабилитационный период, какие были использованы материалы и т. д.

По данным МЗ США от 44 до 98 тысяч человек в стране ежегодно умирают в результате непрофессиональных действий медработников. 22 февраля 2000 года президент США направил обращение к стране под названием «Замечание президента о врачебных ошибках».

Непрофессиональные действия и врачебные ошибки входят в число пяти самых распространенных причин смерти в США (наряду с заболеваниями сердечно-сосудистой, дыхательной систем, онкологическими, центральной нервной системы). Они уносят больше жизней американцев, чем ДТП, авиакатастрофы или СПИД.

За пять лет хирурги США зашили в полости оперируемых больных около 15 тысяч инородных предметов. Ампутруется здоровая нога или молочная железа вместо больных, резецируется здоровое легкое вместо больного, рассекается здоровое полушарие головного мозга вместо больного и т. д. Аналогичные случаи описываются и в специальных изданиях ФРГ, Франции, Великобритании и других стран.

По материалам конференции: «Судебно-стоматологическая экспертиза: состояние, перспективы развития и совершенствования»

Мы приглашаем высококвалифицированных консультантов: стоматологов, хирургов, косметологов. Кстати, количество жалоб на косметологию стоит на втором месте. Здесь много вопросов не только профессиональных, но и деонтологических. Обещают ведь очень много, люди платят большие деньги, а результат, часто, увы, совсем не тот. Заплатил человек \$3000 за то, чтобы пятна исчезли с лица, они действительно исчезли, но появились на другом месте. Или, скажем, после того, как золотыми нитями сгладили морщины, у пациентки перестали закрываться глаза – теперь она спит с открытыми глазами, заплатив за эту услугу \$6000!

И ведь экспертиза подобных случаев не разработана, нам тоже пришлось этими заниматься. Основными документами во врачебных делах должны быть, по идее, история болезни и медицинская карта. Но в настоящее время хранение этих документов поставлено из рук вон плохо – можно внести любые изменения, поправки. Иногда их дают на руки па-
цие

там. Вот нам требуется рентгенограмма, а ее отдали больному. Поэтому сегодня медицинская документация не может служить надежной основой для экспертизы. Нам пришлось разработать целую систему: какие документы использовать, как это надо делать, кто может этим заниматься.

Мы проводим обязательное освидетельствование пострадавших, обратившихся за экспертизой. Я считаю, что это надо делать в самых серьезных лечебно-диагностических учреждениях. Речь ведь идет о качестве работы медицинской отрасли страны! Здесь возникает масса вопросов к органам здравоохранения. Давайте рассуждать логически: если речь идет об услуге, то у больницы, как и у любой другой фирмы, должна быть своего рода «гарантийная мастерская». Дефект кто-то должен устранять! Причем, не тот, кто его допустил – взаимоотношения испорчены, больной туда не пойдет. Официально в системе здравоохранения такой практики нет. А, на мой взгляд, должны быть открыты специальные реабилитационные центры, где Минздрав РФ, за счет учреждений, допустивших дефект, проводил бы исправление этих дефектов. Ведь покупатель

знает, куда ему обратиться, если у него во время срока гарантии сломалась техника. А больному куда обратиться?! Пока некуда, но жизнь требует решить этот вопрос.

– Вспомните несколько примеров из вашей практики.

– У больного во время лечения пульпита возник кашель, он неудачно вдохнул и стальной наконечник оказался в легком. Дело в том, что при работе в полости рта нужно ограничивать ротовую полость, но на практике этого мало кто делает. Восемь раз врачи пытались достать инородное тело фиброскопом под рентгеном, превысили в несколько раз допустимую дозу облучения, но извлечь бор так и не удалось. Больной дошел до хронической пневмонии с дыхательной недостаточностью, пришлось прибегнуть к оперативному вмешательству – делать полостную операцию, удалить сегмент легкого.

Следующий случай с молодой тридцатилетней женщиной, работающей в Министерстве обороны. У нее на передних зубах образовывался кариес, она пришла в ведомственную поликлинику, где ей предложили на четыре передних резца поставить керамические коронки. Но они не обратили внимания на то, что у пациентки был патологический прикус: верхние зубы касались альвеолярных отростков нижней челюсти. У женщины стали болеть височно-челюстные суставы, она не могла принимать твердую пищу, потом у нее разболелся зуб под коронкой, пришлось снимать их все, при этом сломали зуб и т. д. Она обратилась в суд. Мы, эксперты, вынесли заключение: на первом этапе лечения нужно было увеличить прикус, а потом – ставить коронки. Этого сделано не было. Суд учел наше мнение при вынесении своего решения и удовлетворил ее иск.

– Бывают случаи, когда дело обходится без суда?

– Да, бывает и досудебное разбирательство. Более того, есть специальная комис-



сия при Департаменте здравоохранения по определению качества протезов. Они проводят до 600 освидетельствований в год. Примерно в 90% случаев удается разрешить конфликт миром, но 10% пациентов все же обращается в суд и тогда без нашей помощи уже не обойтись.

– Гурген Амаякович, давайте теперь поговорим о главном направлении вашей работы – о новых методах идентификации человеческой личности.

– Без ложной скромности можно сказать, что мы разработали новое направление в судебной медицине – судебно-стоматологическую экспертизу. В него вошло несколько современных методов: идентификации по анатомо-морфологическим особенностям зубов и зубных дуг, рельефу твердого неба, по слизистой тыльной поверхности языка и слизистой десны. Оказывается, по этим особенностям совершенно реально определить не только индивидуальные черты человека, но и его расово-этническую, половую и возрастную принадлежность. Геномная дактилоскопия сложна и стоит очень больших денег, а стоматологические методы гораздо проще. Они, во-первых, быстрые, во-вторых – экономичные. Более того, сейчас по нашей системе в Нижнем Новгороде вводится обязательная стоматологическая регистрация служащих спецназа и ОМОНа. Делают панорамную рентгенограмму зубов, описывают зубную формулу. Этого достаточно, чтобы при необходимости установить личность, потому что у каждого человека зубы абсолютно индивидуальны. Даже один зуб не похож на другой. Кроме того, идентификационными признаками служат отсутствие зубов, наличие следов стоматологических вмешательств. В общей сложности имеется 220 признаков, позволяющих провести идентификацию только по зубам!

За рубежом давно занимаются этой проблемой. Там 95% всех экспертиз производится по стоматологическим признакам. И только 5% – другими методами. У нас – наоборот, только 0,5% отдается стоматологическим методикам. И не потому, что мы такие

Причинами увеличения числа так называемых «врачебных дел» в России являются с одной стороны – массированная информация населения по правовым вопросам через СМИ, обучение на специальных курсах, а с другой стороны – постоянно нарастающая коммерциализация здравоохранения.

«Давление на врача», если считать этот термин адекватным, осуществляется по следующим направлениям:

- со стороны пациентов, которые предъявляют претензии по поводу некачественного лечения (требуют компенсации не только материальных издержек, но и морального ущерба);
- со стороны страховых компаний, старающихся не упустить возможность отказать в соответствующих выплатах и перенести эти выплаты за счет лечебного учреждения или непосредственно врача;
- большое значение имеет деятельность адвокатских контор, охотно берущихся за гражданские иски.

богатые – просто у нас существует колоссальная инерция. Ну что, например, стоит, прежде чем отправлять солдат в горячие точки, снять зубную формулу. Это может сделать любой стоматолог. Возникла необходимость – можно сопоставить. Сейчас такой приказ есть, но чего стоило его пробить!

– И как давно у нас разрабатывается этот метод?

– Начал эти исследования Борис Сергеевич Свадковский, но после его ухода в 1978 году все работы были свернуты и забыты на десять лет. В том году, когда я стал заведовать кафедрой, проходил Международный конгресс судебно-медицинской стоматологии, куда я получил приглашение. Там познакомился с судебными стоматологами, увидел колоссальные возможности этой специальности и не смог не заняться этой проблемой, тем более, что кафедра работала в ВУЗе, где имелся огромный стоматологический факультет, с великолепно оснащенными клиниками. В 1989 году мы начали подготовительную работу, а с 1991 года вплотную занялись исследованиями. По этим проблемам защищено 3 докторских и 10 кандидатских диссертаций, изданы 3 руководства для судебных медиков, следовате-

лей и работников ГИБДД и 3 учебника по судебной медицине для студентов стоматологических факультетов, юристов и средних специальных учебных заведений МВД РФ, напечатано 18 монографий и огромное количество печатных работ. Наши сотрудники участвовали в ликвидации последствий аварий в Арзамасе, Башкирии, Новороссийске. Этот опыт тоже обобщен с точки зрения судебно-медицинского анализа.

– Какова технология опознания трупов при массовых катастрофах?

– Сначала мы всех погибших фотографируем, потом пишем специальную разработку нами «карту неопознанного трупа», где даем все антропометрические особенности человека, начиная от пола, предполагаемого возраста, выделяем особые приметы. Затем выделяем стоматологические особенности человека – зубная формула. Редко встретишь человека двадцати лет, у которого все зубы здоровы. Эти особенности сразу за-



При судебных разбирательствах решающее значение в оценке конфликтной ситуации придается понятию «стандарты оказания медицинской помощи», которые, к сожалению, разработаны не для всех медицинских специальностей.

Если врач сделал все, что мог и что предусмотрено соответствующими стандартами, то ненаступление ожидаемого результата не влечет ответственности врача.

По данным отдела сложных комиссионных экспертиз среди уголовных дел лишь каждое 20-е доходит до суда. 19 заканчивается на стадии предварительного следствия. Осуждение врача имеет место лишь в единичных случаях. Врача часто спасает то обстоятельство, что суд не определяет его как «должностное лицо», поэтому статья «Халатность» не проходит. Имеют значение звания и награды врача, статус участника войны, по которым подсудимый попадает под амнистию.

метны. Этот зуб заломбирован, этот – удален и т. д. Очень важны аномалии развития зубов. Они имеются у каждого второго человека. Даже у дикторов телевидения! Если люди хорошо знают друг друга, они эти особенности запоминают. Мы делаем витрины с фотографиями. Приходят родственники, смотрят фотографии, а уже потом им показывают тело.

После взрывов, пожаров фотографировать некого, имеются только части тела. По языку мы можем определить приблизительный возраст, расово-этническую принадлежность, некоторые заболевания. Эти исследования тоже впервые проведены у нас на кафедре. Защищена докторская диссертация по этому направлению: «Комплексное исследование слизистой оболочки дорсальной поверхности языка с целью идентификации личности и диагностики ряда патологических состояний» Например, по языку мы можем определить, что человек долго страдал диабетом, язвенной болезнью желудка и т. п.

По языку мы можем узнать пол погибшего примерно в 85% случаев. Если язык длиннее 7,5 сантиметров, мы говорим, что погибший мужчина. Это безошибочно. Так что спор о том, у кого длинный язык закрыт.

У нас была проведена работа «Диагностика расово-этнической принадлежности индивидуума по строению десны и слизистой оболочки языка». Ведь даже строение складок на языке у разных народов разное. Почему некоторые люди сотни лет живут в России, а некоторые звуки так и не могут произнести? Строение языка этому препятствует. У татар, дагестанцев, арабов, индусов, негров – разная пигментация десны. И это уже не теория – практика.

Твердое небо. По нему мы можем восстановить особенности строения черепа. А если установлено строение черепа, можно уже использовать для опознания фотографии. Работы в этом направлении мы продолжаем.

Вот, скажем, достаточно трудно определить точную принадлежность отдельно взятого зуба. Какой он по счету? Нам пришлось участвовать в работе по идентификации останков царской семьи. Я возглавлял комиссию по судебно-стоматологической экспертизе. Там проблемы возникли, когда нашли два отдельных зуба. Некоторые стоматологи считали, что это зубы царевича, которому было

тогда 14,5 лет. Для этого нужно было решить, какой это зуб – 7-й или 8-й (зуб мудрости). Восьмого зуба у царевича по возрасту никак не могло быть. Пригласили массу специалистов, – они никак не могли определить этого. К нам на кафедру поступила аспирантка Юлия Геннадиевна Кузина, ей дали тему, касающуюся идентификации зубов. Она сделала компьютерную программу, и мы теперь можем определить любой зуб. Оказалось, что предъявленный нам зуб является 8-м, и принадлежал великой княжне Татьяне, а не Алексею. Конечно, такие работы мы проводим в соавторстве со стоматологами.

Конечно, идентификация личности, особенно при взрывах, одна из самых трудоемких. До сих пор в Америке, после печальных событий 11 сентября, ведется гигантская работа по поиску и идентификации мельчайших осколков. Однако, процент опознанных пока невелик, но эта работа, безусловно, будет доведена до конца – они на это средств не жалеют. Хотя наша отечественная наука намного ушла вперед, до внедрения дело доходит с большим трудом. Меня очень часто приглашают на международные конгрессы судебных стоматологов, коллеги хотят посмотреть, что мы умеем делать. Использовать российские достижения – нет проблем. Обидно, что там наши разработки будут внедрены скорее, чем у нас.

– Но вы, как судебный медик, занимаетесь здесь не только стоматологией?

– Нет, конечно. Мы обслуживаем весь юго-восточный административный округ столицы, все случаи, требующие судебно-медицинской экспертизы. Лишь свои научные интересы мы сосредоточили в области стоматологии. У нас большая кафедра – одиннадцать преподавателей, а в судебно-медицинском отделении № 9, больницы № 70 еще 16,5 ставок врачей, достаточно много лаборантов. Вообще не представляю себя без практической работы – все время совмещал научно-преподавательскую работу с практикой эксперта, дежурил в МУРе, работал в морге.



– Вы уже сорок семь лет занимаетесь этими проблемами. Что изменилось в организации судебной экспертизы за последние годы?

– Раньше убийств было значительно меньше. И поэтому каждое рассматривалось, как чрезвычайное происшествие. На вскрытие приезжал прокурор, начальник милиции, начальник уголовного розыска. Все было направлено на то, чтобы получить максимальные доказательства и быстро раскрыть преступление. Начиная с 1989–90 годов, число убийств и тяжких преступлений стало расти. Не считая взрывов, несчастных случаев, террористических актов. Я уже лет восемь не вижу на вскрытии ни одного прокурора, ни одного начальника милиции. Очень редко может приехать начальник уголовного розыска, и то, если есть особый контроль. Судебно-медицинская наука стремительно развивается, нужны грамотные люди, которые могли бы воспользоваться новыми данными, а их, к сожалению, почти нет. Ведь наша экспертиза заказная – мы должны ответить на поставленные вопросы и только. Кто задаст эти вопросы? Наши старые опытные эксперты – а они у нас почти все кандидаты и доктора наук – проводят исследования «с запасом» – вдруг кому-то что-то понадобится. Мы посылаем телефонограммы, пытаемся привлечь внимание к нашим данным. Но я чувствую, что при расследовании эти данные используются далеко не всегда. Видимо, у следователей слишком много дел, или они обладают такими потрясающими способностями, что легко обходятся без нашей доказательной базы. А ведь раньше мы работали в теснейшем контакте. Я, как заведующий моргом, знал в лицо всех работников прокуратуры, всех до единого в милиции. Они тянули меня на место преступления, дергали, торопили. Я им все время читал лекции, анализировал ошибки. Сейчас мы буквально навязываем свои лекции.

В соответствии со ст. 1095 ГК недостоверная или недостаточная информация об услуге в случае наступления вреда здоровью или жизни пациента влечет обязательное возмещение этого вреда исполнителем независимо от его конкретной вины и наличия договора. Если же пациент был информирован обо всех возможных рисках, то судебная практика чаще всего не признает иск, подлежащим возмещению.

Информированное согласие пациента имеет в виду:

- 1) разъяснение по поводу диагноза;
- 2) характеристика рекомендуемых методов лечения (трудности, вероятность успешного исхода или исхода при отказе от лечения);
- 3) разъяснение степени риска, невозможность полной гарантии успеха лечения;
- 4) характеристика альтернативных методов.

Такое информирование позволяет пациенту исключить необоснованное лечение, адекватно оценивать результаты лечения.

Вот недавно проходил пленум Всероссийского общества судебных медиков, обсуждался вопрос о состоянии судебно-медицинской экспертизы в России. Прокуратура была представлена рядовым следователем, МВД и Минюст – третьестепенными чиновниками. Хотя раньше такие собрания посещали первые лица МВД, Минюста, Прокуратуры.

Или возьмите такую ситуацию: за год до 700 неопознанных трупов только в нашем отделении! В Москве нет места, куда бы стекалась четкая информация об этих несчастных людях – родственники вынуждены обзванивать все морги подряд. Я получаю письма даже из регионов России с просьбой сообщить, не поступал ли в наш морг человек с такими-то данными.

А в том, что касается различных ЧП и массовых катастроф, обидно, что мы постоянно наступаем на одни и те же грабли, ничему не учимся. После землетрясения в Спитаке мы сделали выводы, написали, что надо делать в подобных ситуациях, дали конкретные рекомендации. Потом грянул Арзамас, затем – взрыв поезда в Башкирии. Но все повторилось так, как будто не было никакого предшествующего опыта. Создается впечатление, что мы работаем сами для себя. Есть практический анализ четырех крупнейших катастроф, но я не уверен – будем ли мы

готовы, если не дай Бог еще что случится. Снова – противоречивые указания, дергания, снова будут ходить толпой и мешать работать.

– Вы достаточно жизнерадостный человек. Как вам удается совмещать такой жизненный настрой с вашей невеселой специальностью?

– Могу сказать только одно – труп для меня это объект исследования и только. Там, внизу, в морге, я занимаюсь им, а поднявшись наверх, я уже другой человек. И так чувствуют и ведут себя все мои коллеги. Мы воспитаны в таком духе – на кафедре везде цветы, солнце, чистота. Настоящий профессионал должен уметь отвлекаться. Я с ужасом, например, смотрю на сцены насилия, которые показывают в криминальных хрониках по телевизору. Кстати, ни в одной европейской стране вы этого на экране не увидите.

– Гурген Амаякович, расскажите немного о себе.

– Я окончил в 1956 году Ереванский медицинский институт. Поработав три года районным судебно-медицинским экспертом Кировока, получил путевку в ЦИУ. Здесь на курсах случайно оказалась Татьяна Гавриловна Кузнецова – заместитель начальника Московского областного бюро судмедэксп-



пертизы, которая пригласила меня поработать районным экспертом в Загорске. Через три года поступил в клиническую ординатуру на кафедру судебной медицины 2-го МОЛГМИ (ныне РГМУ) к профессору Владимиру Михайловичу Смолянинову. Мы долго беседовали с ним. А потом он предложил заняться наукой, и я уже в ординатуре завершил работу над кандидатской диссертацией. В 1971 году защитил докторскую, в 1989 году мне предложили занять эту кафедру. Ситуация на кафедре была непростая: отсутствовала материальная база, сотрудники работали в страшной тесноте. Пришлось этим заняться вплотную, в результате построили шикарную аудиторию, открыли свой морг.

– Несколько слов о семье и о том, есть ли у вас какие-то увлечения помимо науки.

– Вся семья у нас медицинская. Сын и дочь по специальности дерматовенерологи, жена гинеколог. Старшая сестра – профессор истории, другая сестра – доцент, терапевт. Старший брат – инженер-механик, младший – кандидат медицинских наук, патологоанатом. Мои родители были служащими, отец – участник войны.

В свое время я очень увлекался журналистикой, активно сотрудничал в газетах, на радио, даже редактировал газету «Советский медик» во 2-м МОЛГМИ. А в детстве я окончил музыкальную школу по классу скрипки, люблю классическую музыку.

Иски по делам, связанным с оказанием медицинской помощи всегда требуют тщательной, высококвалифицированной экспертной работы. Одним из таких высококвалифицированных экспертов, работающих в содружестве с профессором Г. А. Пашиняном, является заведующий кафедрой факультетской хирургии лечебного факультета МГСМУ, профессор Анатолий Иванович Станулис. Вот что он нам рассказал.

– Меня привлекают к работе по экспертизе исков против медиков, в Москве при департаменте здравоохранения создан специальный отдел, который занимается этой работой. Иски обычно подают частные лица, причины самые разные. В половине случаев они возникают с подачи и под диктовку медиков, которые указывают пациенту на ошибки своих коллег из конкурирующих учреждений. Это сложные случаи и достаточно хорошо обоснованные. В других случаях иски бывают совершенно необоснованные, по большей части связанные с нарушением психики у истца. А ведь если иск подан, нужно подготовить его к суду, ответить на конкретные вопросы следствия.

Больше всего нареканий вызывает коммерческая пластическая хирургия. Человек хотел одного эффекта, а получил совсем другой. Деньги уплачены, обидно. Недавно у меня была экспертиза по поводу операции на вросшем ногте. Операция вроде пустяковая, но не очень приятная – рецидивы бывают в 10% случаев. Здесь ни один хирург не может гарантировать возникновение рецидива.



– С чего начинается ваша работа?

– Вначале из суда поступает бумага, где ставится ряд вопросов. Собирается и тщательно изучается документация. Если нужен истец – его вызываем. Вот сейчас я должен дать заключение как раз по такому случаю. Оперировался молодой человек по поводу грыжи, после операции произошел рецидив. Нужно его освидетельствовать, посмотреть, действительно ли есть эта грыжа, в каком она состоянии.

– Обязательно ли должно быть постановление суда для проведения такой экспертизы?

– Да, конечно, но в некоторых случаях больной может обратиться в бюро судебной экспертизы самостоятельно. Мне же достаются случаи, когда судебный процесс уже идет. Иногда судье что-то неясно, иногда адвокаты хотят уяснить что-то для себя. В год у меня бывает около 10 подобных исков.

– Бывают ли у вас споры внутри комиссии?

– Комиссия у нас достаточно благосклонная, понимающая друг друга. Мы все стре-



мимся установить истину, чтобы люди не страдали напрасно. Но свою точку зрения обосновываем очень серьезно. Если чего-то не можем, привлекаем других специалистов, но всегда стараемся принимать во внимание лишь доказуемые вещи.

– Из какого внутреннего побуждения вы проводите экспертизу? Вам все же хотелось бы, чтобы врач был не виноват? Или вы об этом вообще не думаете?

– Я хотел бы, чтобы врач был не виноват. Ведь наш врач совершенно не защищен. На западе врача защищают медицинские ассоциации. Если они тебе выдали лицензию на работу, они тебе будут и помогать. Нашего врача защитить некому и если есть, что может его оправдать, мы обязательно это примем во внимание.

А исков и жалоб становится все больше и больше. Иногда мы сами в этом виноваты: нет коллегиальности, нарушаются этические, деонтологические аспекты. Свою отрицательную роль играет и коммерциализация медицинского процесса. Но, тем не менее, для того, чтобы обвинить врача, должна быть очень убедительная доказательная база. Иначе мы рискуем потерять людей, спасающих чужие жизни. Для того, чтобы подготовить ургентного хирурга, нужны годы. Обратите внимание: сейчас молодежь не рвется в специальности, связанные с риском – все меньше идут в хирурги и реаниматологи, все больше в дерматологи, гинекологи, стоматологи. У каждого врача есть «свое кладбище». А у хорошего врача, который берется за сложные случаи и часто рискует, оно больше, чем у плохого.

Материалы этого номера подготовил Михаил Кукулевич. Фоторепортаж Владимира Бахарева

Ошибки и осложнения в терапевтической стоматологии

Осложнения, ущерб здоровью или наступление смерти пациента находятся в прямой причинно-следственной связи с халатностью, преступной небрежностью, заведомо неправильными врачебными действиями, в основе которых лежит профессиональное, а, по сути, также преступное невежество. Следствием и судом в этом случае адекватно определяется степень ответственности врача.

В практике терапевтической стоматологии можно выделить 29 основных пунктов в спектре наиболее часто встречающихся ошибок и осложнений. Их возникновению, помимо основных причин, способствуют еще и некоторые обстоятельства. Можно даже сказать, что эти обстоятельства являются первопричиной ошибок, а все остальное – следствием.

27 пунктов могут быть вызваны таким обстоятельством, как недостаточно высокий уровень работы врача-стоматолога;

23 пункта – недобросовестным выполнением работы;

19 пунктов – спешкой, вызванной недостатком времени, выделенного на одного больного;

14 пунктов – недостатки в организации лечебного процесса;

9 пунктов – неосторожные действия врача;

5 пунктов – добросовестное заблуждение врача;

6 пунктов – обстоятельства, влияющие на качество, независимо от приложенных усилий специалиста.

Первые два обстоятельства в первую очередь зависят от личных качеств врача. Кроме того, уровень его профессионализма связан еще и с качеством системы подготовки специалистов. Так по данным анкетирования 100 врачей-стоматологов новые методики лечения 34,5% опрошенных осваивали самостоятельно по литературе, на основании сообщений представителей фирм-производителей. Такое же количество молодых специалистов осваивали новые методики в ВУЗе, а 50% респондентов – на курсах усовершенствования врачей, но опять-таки обучение специалисты фактически проходят самостоятельно на пациентах.

Что касается небрежного отношения к работе, то исключить подобное обстоятельство может только сам врач. Хотя в некоторой степени недобросовестность выполнения работы напрямую связана со спешкой, вызванной нехваткой времени. В ситуации, когда врач оказывается перед выбором: качество или количество, нередко верх берет стремление выполнить план. Так в своих анкетах стоматологи указывают, что они не всегда используют в работе современные методики лечения из-за отсутствия условий для этого (60,5%), либо сложности возникают из-за нехватки времени, выделенного на одного больного (55%). В среднем по данным опроса оно составляет 30 минут. Плюс ко всему врачу необходимо еще и грамотно оформить документацию за это же время. Поэтому 60% респондентов оформляют документацию в конце приема или в свободное время. 40% стараются все же успеть сделать это непосредственно при пациенте.

По материалам конференции: «Судебно-стоматологическая экспертиза: состояние, перспективы развития и совершенствования».



Клиника детской стоматологии

новое направление в деятельности ММА
имени И. М. Сеченова

В октябре прошлого года приказом ректора ММА им. И. М. Сеченова в составе стоматологического факультета академии была организована кафедра стоматологии детского возраста. Заведующим назначен доктор медицинских наук, профессор, академик МАИ, МАНОИ А. А. Мамедов. Кафедра разместилась на базе клиники детских болезней ММА им. И. М. Сеченова по адресу Большая Пироговская, 19. Здесь же открылось амбулаторно-поликлиническое отделение детской стоматологии.



10 февраля 2003 года в прекрасно оборудованные аудитории и кабинеты кафедры пришли первые студенты. Обучение здесь ведется по четырем направлениям: профилактика стоматологических заболеваний, терапевтическая и хирургическая стоматология, ортодонтия. Особенно интересно и продуктивно проходят занятия в фантомном классе. При работе на фантомах у студентов вырабатывается ряд необходимых навыков, что облегчает переход к приему настоящих пациентов.

О новом факультете, его задачах и возможностях мы попросили рассказать заведующего кафедрой А. А. Мамедова.

– Адиль Аскерович, по отзывам специалистов, оснащенность вашей клиники лучшая среди подобных клиник страны. Что же у вас там такое необыкновенное?

– Действительно, клиника оснащена самым совершенным на сегодняшний день оборудованием. Широчайший спектр возможностей – начиная от интралигаментарной безболезненной анестезии до косметических реставраций пораженных зубов. Демпфирование зубов,

пломбирование каналов по технике термафил – одно из последних достижений в стоматологии. Система ультразвуковой и пескоструйной очистки позволяет нам на высоком уровне удалять над- и поддесневые зубные отложения и, предотвращая развитие кариеса, применять герметизацию фиссур (неинвазивный и инвазивный методы). Лечение каналов зубов идет с использованием апекслокаторов, эндодонтических наконечников. Контролировать процесс лечения мы можем различными способами – у нас есть и визиограф, и ортопантомограф с цефалостатом. Все необходимые рентгеновские снимки можно сделать не сходя с места – прямо в кресле. Для их быстрой расшифровки имеются специальные компьютерные программы. Ещё один плюс: близость расположения других подразделений клиники детских болезней ММА им. И. М. Сеченова. Это предполагает творческое сотрудничество со специалистами различного профиля: иммунологами, аллергологами, хирургами, терапевтами. О высоком профессиональном уровне этих специалистов говорить, наверное, не надо.

– Чуть подробнее расскажите о возможностях ваших хирургов.

– Стационара у нас пока нет, поэтому оказываем помощь в объеме амбулаторной хирургии. Перечень операций, на мой взгляд, достаточно широк. Удаление радикулярных и фолликулярных кист, иссечение новообразований полости рта, пластика уздечек и тяжей (вестибулопластика), пластика перфорационного отверстия гайморовой пазухи. Мы проводим реплантацию и шинирование зубов, косметическое ушивание ран лица, устраняем рубцовые деформации лица и многое другое.

– А что интересного в ортодонтическом отделении?

– Во-первых, великолепные немецкие съёмные ортодонтические аппараты, изготовленные из низкоаллергенных материалов, очень красочные и привлекательные. Несъёмная техника (брекеты) применяется, в основном, у детей старше 10–11 лет. Здесь тоже масса вариантов – от металлических до абсолютно прозрачных сапфировых брекетов, есть даже брекеты, светящиеся в темноте. Подростки любят такие «приколы». Что же касается новых технологий, то для профилактики поражения эмали зубов, во время и после ортодонтического лечения, мы, например, применяем метод глубокого фторирования, который во много раз эффективнее, чем другие общепринятые средства реминерализации.



– В педиатрической практике, помимо качественной анальгезии, особенно важен психологический настрой ребенка. Чем тут вы можете похвастаться?

– Об этом мы подумали еще на этапе проектирования клиники. Оформление, дизайн, цвета стен и стоматологических установок подобраны с учетом рекомендаций детских психологов. Кстати, мы надеемся, что скоро в штате клиники будут и психолог, и логопед, и педагог. Это особенно нужно при работе с пациентами с врожденной черепно-лицевой патологией.



По отзывам родителей малышей, обстановка в клинике успокаивающе действует на эмоционально-волевую сферу ребенка. Но это, конечно, не главное. У нас врач работает в четыре руки с ассистентом, что позволяет быстрее, чем обычно, провести манипуляции, связанные с неприятными ощущениями. Для хирургических вмешательств используется лазерный аппарат. Ну и конечно, современное обезболивание. Анестезия проводится с применением автоматизированного шприца. Детям, которым невозможно провести санацию обычным путем, проводят лечение под общим наркозом с участием высококвалифицированного анестезиолога.

Мне было очень приятно услышать, как один ребенок, уходя, в раздевалке, спросил у мамы: «А когда мы снова пойдём к стоматологу?»

– Спасибо, Адиль Аскерович, за интересный рассказ. Наш сегодняшний номер посвящен судебно-стоматологической экспертизе. Хотим пожелать вашей клинике успехов в учебной и практической деятельности. Надеемся, что ваши выпускники будут работать без ошибок.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

*И. В. Шашкина, И. Б. Новикова, Н. Н. Клюева,
Стоматологическая поликлиника № 8*

Заболевания пародонта занимают одно из ведущих мест среди актуальных проблем стоматологии. Современные эпидемиологические данные свидетельствуют не только о значительной распространенности патологии пародонта у подростков и взрослых, но и о влиянии на частоту заболевания зубных отложений, гигиены полости рта, некачественных протезов и пломб, зубочелюстных деформаций, употребления фторированной воды, диеты, особенностей питьевого режима, ротового дыхания, употребления лекарственных препаратов, перенесенных и сопутствующих заболеваний.

Заболевания пародонта одна из распространенных и сложных патологий челюстно-лицевой области. По данным ВОЗ, функциональные расстройства зубочелюстной системы обусловленные потерей зубов от заболеваний пародонта, развиваются в 5 раз чаще, чем при осложнениях кариеса. Чаще пациенты обращаются к стоматологу при наличии воспалительных проявлений заболевания пародонта с жалобами на выраженную болевую реакцию, припухлость, кровоточивость десен, неприятный запах изо рта, подвижность зубов.

В этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний пародонта ведущая роль принадлежит микробной флоре. Грамположительные кокки, бациллы, спирохета, фузиформные бактерии, грамотрицательные анаэробы:

Агрессивные свойства этих бактерий по отношению к тканям пародонта были впервые отмечены в конце 50–60-х годах и связаны с наличием в оболочке веществ, способных либо непосредственно повреждать ткани пародонта, либо вызывать замедленную реакцию.

Современные методы лечения заболеваний пародонта включают в себя комплекс мероприятий, направленных на устранение причины заболевания.

Общее лечение сводится к применению антибиотиков, которые назначают строго по показаниям при обострении воспалительного процесса в пародонте, особенно при развитии абсцедирования, иногда

до и после хирургического лечения. Перед началом лечения необходимо выявить из анамнеза переносимость антибиотиков для предотвращения возможных аллергических реакций. Одновременно можно назначить противогрибковую, поливитаминную, антигистаминную терапию.

После обследования, соответствующего терапевтического и хирургического лечения нашим пациентам в комплексной терапии был назначен антибиотик из группы макролидов **Вильпрафен** (джозамицин).

Вильпрафен активен в отношении грамположительных аэробных микроорганизмов, стафилококков, стрептококков, неспорообразующих бактерий, грамотрицательных микроорганизмов, аэробных кокков и бактерий. Вильпрафен хорошо проникает через биологические мембраны и накапливается в различных тканях организма: легочной, мягких тканях, кожи, лимфатической ткани небных миндалинах, мочевыделительной системы.

Препарат стабилен в желудочном соке, быстро всасывается после перорального приема о чем свидетельствует высокая концентрация в плазме – ее максимум достигается через 1 час. Благодаря высокой липофильности, характерным для его фармакокинетики является быстрое распределение во внесосудистом пространстве. Таким образом, противомикробная активность препарата *in vivo* усиливается за счет благоприятного характера его распределения, с накоплением в тканях и органах в концентрациях, превышающих таковые в крови. Кроме того, важным аспектом механизма действия Вильпрафена является способность к проникновению внутрь клетки, которая и обеспечивает ему преимущество при лечении инфекций, вызванных микроорганизмами, размножающимися внутри клеток хозяина. Особо следует подчеркнуть, что наибольшее накопление Вильпрафена отмечается в фагоцитирующих клетках. Концентрация антибиотика в полиморфнонуклеарных лейкоцитах, моноцитах, фагоцитах и клетках эпителия приблизительно

в 20 раз выше, чем во внеклеточном пространстве. Высокая концентрация этого антибиотика в тканях гарантирует достаточную терапевтическую эффективность. Что касается профиля безопасности препарата, то Вильпрафен вызывает гораздо меньше побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта, чем эритромицин. Как известно, макролиды метаболизируются ферментами печени. Метаболиты, образующиеся при этих процессах влияют на функцию кишечника и особенно на его перистальтику, вызывая ее усиление. В отличие от других макролидов Вильпрафен не связывается с цитохромом P-450, важной частью метаболических систем.

Под нашим наблюдением находилось 42 пациента. У 35 больных отмечалось обострение хронического генерализованного пародонтита II–III степени тяжести с клиническими проявлениями в виде гиперемии, отека слизистой оболочки десны, с гноетечением из зубодесневых карманов, подвижность зубов II–III степени., у четырех пациентов – обострение процесса с абсцедированием в области 1–2 зубов, у двух – абсцедирование пародонтальной кости, у одного – гипертрофический гингивит, отечная форма.

Нами для лечения хронических заболеваний пародонта Вильпрафен применялся по следующей схеме: 2 раза в день в течение 12–14 дней. Одновременно назначался нистатин 250.000 ЕД 2 раза в день.

После проведенного лечения у 39 (92,8%) больных клинически отмечалось прекращение гноетечения, исчезла гиперемия и отечность слизистой оболочки десны, купировались воспалительные очаги в области абсцедирования, наблюдалось значительное улучшение тканей пародонта. Никаких побочных реакций на антибиотик отмечено не было.

Таким образом, результаты исследования показали, что Вильпрафен (джозамицин) является эффективным препаратом для лечения хронических заболеваний пародонта и его можно рекомендовать к более широкому применению в стоматологической практике.

ЭКСПЕРТИЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОШИБОК МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ГРАЖДАНСКОМ СУДОПРОИЗВОДСТВЕ

Г. А. Пашинян, В. В. Зайцев, кафедра судебной медицины МГМСУ

В последние годы в Российской Федерации отмечается значительное увеличение числа жалоб граждан на неправильные или неправомерные действия медицинских работников при исполнении ими своих профессиональных обязанностей. Анализ судебно-медицинских экспертиз за последние 10 лет в Москве (их количество за это время увеличилось в 10 раз), показал необходимость организации специального Отделения по проведению комиссионных экспертиз по гражданским искам пациентов. Оно было создано в Бюро судебно-медицинской экспертизы г. Москвы в 2000 году на базе кафедры судебной медицины МГМСУ.

Особый интерес у судебных медиков и организаторов здравоохранения вызывает анализ динамики и структуры судебных дел, попавших в поле зрения правоохранительных органов с учетом различных медицинских специальностей. В Отделении был произведен анализ судебно-медицинских экспертиз по гражданским искам пациентов к медицинским учреждениям за 1999–2001 годы.

Под судебными делами большинство авторов понимает надзорные производства, уголовные и гражданские дела, которые связаны с действиями (бездействиями) медицинских работников. Нами анализировались судебные дела в рамках гражданского судопроизводства, в основном, московских районных судов.

При анализе судебно-медицинских экспертиз по делам, связанным с деятельностью различных врачебных специальностей, мы условно выделили три большие группы: *специальности терапевтического профиля; специальности хирургического профиля; пластическая хирургия и косметология.*

Проведенный анализ демонстрирует некоторое увеличение удельного веса экспертиз в группе терапевтических специальностей – с 40 до 53,3% и, наоборот, снижение экспертиз по группе хирургических специальностей – с 54,5 до 41,3%. Что касается относительного количества экспертиз по врачебным делам косметологов и пластических хирургов, то здесь наблюдаются некоторые колебания по годам: в 1999 году – 5,7%, в 2000 г. – 10,6% и в 2001 г. – 5,3%.

Рассмотрим структуру комиссионных судебно-медицинских экспертиз по группам с учетом этих конкретных специальностей.

Группа терапевтических специальностей

В данной группе более всего было подано гражданских исков на действия врачей-сто-

матологов, в основном стоматологов-терапевтов и стоматологов-ортопедов. Они составили от всех экспертиз этой группы соответственно по годам: 78,5%, 52,6%, 50,0%.

По нашим данным основными дефектами оказания стоматологической помощи являются:

- неоправданное медицинскими показаниями расширение объема зубопротезных работ;
- недостаточный уровень знаний по вопросам медицинской этики и деонтологии;
- отсутствие медико-правовых знаний по вопросам взаимоотношения между врачом и пациентом или его родственниками.

Следующими по числу предъявляемых гражданских исков и проведенных комиссионных судебно-медицинских экспертиз являлись: профпатологи (6), терапевты (4), неврологи (4), эндокринологи (3), фтизиопульмонологи (2), врачи скорой медицинской помощи (2), педиатры (2), психиатры, инфекционисты, физиотерапевты, кардиологи, врачи медико-социальные эксперты (по 1).

Анализируя причины возникших гражданских исков к врачам терапевтических специальностей мы выделяем следующие:

- недостаточный уровень знаний пациентов и их родственников современных возможностей диагностики, лечения и прогноза заболеваний;
- недостаточное информирование пациента врачом об объеме предстоящего лечения и возможных последствиях, в том числе – негативных;
- несоблюдение норм врачебной этики и деонтологии медицинским персоналом;
- недостаточный уровень профессиональной подготовки медиков.

Группа хирургических специальностей

Гражданские иски в отношении деятельности врачей хирургического профиля от общего количества дел колебалась по годам: 1999 г. – 54,5%, 2000 г. – 49%, 2001 г. – 41,3%. При этом отмечена тенденция к уменьшению удельного веса этой группы дел. Наибольшее число дел затрагивает деятельность окулистов. Далее по численности идут врачебные дела, затрагивающие профессиональную деятельность акушеров-гинекологов и хирургов. Несколько меньше дел рассмотрено в отношении врачей-травматологов. Включают эту группу единичные дела, где иски предъявлялись к колопроктологам, нейрохирургам, реаниматологам.

Общеизвестно, что одним из распространенных осложнений в хирургической практике является оставление в полостях, в которых манипулировал хирург, перевязочного материала и различных хирургических инструментов (скальпель, зажим, ножницы и пр.).

В одной из комиссионных экспертиз в нашей практике также имело место оставление инородного предмета в брюшной полости во время срочной операции ушивания перфоративного отверстия язвы желудка у пожилой женщины. Этим предметом оказалась сложенная в несколько раз марлевая салфетка значительных размеров. Салфетка инкапсулировалась и находилась в таком состоянии в области левого подреберья более 3,5 лет. Через продолжительный период времени во время плановой операции по поводу «кисты брюшной полости (?)» салфетка была удалена. Окончательный диагноз «инородное тело брюшной полости» был установлен лишь через некоторое время после проведенной операции, в тот момент, когда прозектор производил макроскопическое исследование удаленной «кисты» и произвел ее разрез ножом. Больная, помимо язвенной болезни желудка, страдала хроническими заболеваниями других близко расположенных органов брюшной полости (поджелудочной железы, желчного пузыря, спечным процессом) и у нее периодически возникал болевой синдром с локализацией болей в верхних отделах живота. Диагноз «киста брюшной полости» был установлен за несколько месяцев до повторной операции, но в тот момент от предложенной операции по удалению кисты истица отказалась.

В некоторых случаях недостаточно полный диагноз, установленный врачом, может повлечь не только увеличение сроков в лечении больного, но и причинить вред здоровью пациента, как это видно из нижеприведенного случая.

Девочка К.А.А., 14 лет, в результате падения с большой высоты получила травму нижних конечностей. В городской больнице, куда она была доставлена, после клинито-рентгенологического обследования был установлен диагноз «Открытый перелом верхней трети правой бедренной кости со смещением. Ссадины коленных суставов». В день поступления наложено скелетное вытяжение, а через день был смонтирован аппарат наружной фиксации «ЦИТО». На шестнадцатый день больная выписана в удовлетворительном со-

стоянии. Жалоб не предъявляла. Рекомендовано явиться на перевязку через 1 неделю, госпитализация через 1 месяц; в дальнейшем – лечебная физкультура. Обучена ходьбе на костылях. При плановой госпитализации через месяц после выписки, в той же горбольнице, было установлено, что во время амбулаторного долечивания временами появлялись боли при ходьбе в правом тазобедренном суставе. При рентгенографическом исследовании, помимо удовлетворительного состояния отломков в области указанного перелома, выявлен не диагностированный перелом шейки бедра с вальгусной деформацией. Выполнена дозированная компрессия; отломки шейки фиксированы металлическими стержнями. В последующем проводилось не только терапевтическое, но и хирургическое лечение правой нижней конечности. Комиссия экспертов, на основании изучения всех представленных доказательств, в том числе и медицинских документов, установила, что во время амбулаторного долечивания временами отмечались боли при ходьбе в правом тазобедренном суставе. При контрольной рентгенографии правого бедра был выявлен перелом шейки бедра, который также определялся на рентгенограмме, выполненной при первоначальном поступлении в стационар. Дальнейшее длительное лечение, в том числе и оперативное, на различных этапах привело к осложнениям (ложный сустав, парез малоберцового нерва). У больной возникла деформация правого тазобедренного сустава за счет укорочения шейки и уплощения головки правой бедренной кости. Таким образом, в результате диагностической ошибки, допущенной врачами больницы, произошла несвоевременная диагностика перелома шейки правого бедра. Поскольку диагноз у К.А.А. был установлен не полностью и перелом шейки бедра был выявлен со значительным запозданием, потребовались повторные операции, что на длительный период времени повлекло нетрудоспособность потерпевшей. Таким образом, несвоеременно установленный диагноз перелома шейки правого бедра повлек вред здоровью.

Пластическая хирургия и косметология

За анализируемый период времени производились судебно-медицинские экспертизы по гражданским делам, где истцы были не удовлетворены качеством произведенных косметических операций. По годам эти экспертизы распределялись следующим образом: 1999 г. – 5,7% от общего числа врачебных дел, в 2000 г. – 10,6%, в 2001 г. – 5,3%. Помимо этого выполнялись единичные экспертизы, когда возникала необходимость установить состояние рубцов в местах полученных травм (на лице) и возможности их устранения.

Чаще всего претензии предъявлялись к врачам, которые произвели операции по коррекции лица и его частей, а также формы и

размеров молочных желез и других частей тела. Это было связано с тем, что пациенты не получили ожидаемого ими результата операций.

Имплантация золотых нитей под кожу лица и шеи либо не давало положительного эффекта и не могло дать такового, поскольку применялась у пациентки в возрасте старше 65 лет, либо сопровождалась выраженными аллергическими реакциями, обусловленными использованием в качестве проводников других нитей из полимерного материала. Следовательно, медицинскими работниками были расширены показания по имплантации золотых нитей (в первом случае). Во втором случае экспертам не удалось установить причину возникновения аллергической реакции, поскольку врачом для разглаживания морщинок в углах глаз и рта использовался полиакриламидный гель, сертификат соответствия на который в материалах дела и медицинских документах отсутствовал. Материалы дела по указанным двум экспертизам продемонстрировали, что операции выполнялись без соответствующей лицензии специалистами с недостаточной подготовкой в области пластической хирургии и косметологии.

В некоторых случаях заключения экспертов имеют вероятностный характер, поскольку представленных доказательств недостаточно для решения поставленных вопросов, либо утеряно время для исследования этих доказательств, ввиду утраты их физических (медико-технических) свойств. Иллюстрирует это положение нижеприведенная экспертиза.

Ребенок Ш.Ю., 2 лет 7 мес, получила обширные ожоги пламенем, в том числе лица и волосистой части головы. С целью ликвидации послеожогового облысения части головы была произведена операция «Имплантация экспандера в правую теменную область». Примерно через месяц после указанной операции развилось осложнение в виде воспаления покровных тканей волосистой части головы в зоне растяжения их имплантированным ранее экспандером, не носившем гнойно-инфекционного характера. Экспертам удалось установить, что это осложнение вызвано сдавлением участка прилежащих к экспандеру заведомо неполноценных (ввиду ожога) тканей и нарушением их трофики и не являлось результатом некачественных и неадекватных действий врачей. В данном случае существовала повышенная вероятность неблагоприятной реакции на их растяжение, но другого способа пластического замещения пострадавших тканей не было. Учитывая все доказательства по делу, удалось лишь в вероятной форме высказаться о причине осложнения: случайное стечение обстоятельств, предвидеть которые заранее практически невозможно. Причинами возникновения граждан-

ских дел, связанных с профессиональной деятельностью пластических хирургов и косметологов на наш взгляд являются следующие:

- недостаточная информированность пациентов по вопросу возможных результатов проводимых операций и процедур (в том числе и негативных);
- отсутствие достаточной профессиональной подготовки медицинского персонала;
- полным отсутствием или недостаточным объемом регистрации исходного и послеоперационного состояния пациента, что не позволяет в последующем ему и врачу решить конфликт на досудебном уровне;
- отсутствие клинико-экспертной комиссии по вопросам пластической хирургии и косметологии, которую наиболее целесообразно создать при Всероссийской ассоциации пластических, реконструктивных и эстетических хирургов.

В последнее время существуют различные подходы к проведению судебно-медицинских экспертиз по поводу профессиональных ошибок медицинских работников. В частности, предлагается в состав экспертных комиссий включать специалистов-клиницистов из других регионов, поскольку существующая медицинская ложная солидарность и корпоративность будто бы не позволяют объективно ответить на поставленные следствием и судами вопросы.

Опыт работы кафедры судебной медицины МГМСУ и Отделения комиссионной судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам Бюро судебно-медицинской экспертизы г. Москвы показывает, что весьма существенным в объективном проведении экспертизы, прежде всего, является профессиональная компетентность членов комиссий и обязательность освидетельствования потерпевших в крупных клинично-диагностических центрах с использованием современных приборов и оборудования. Кроме того, необходимо совершенствование самой системы проведения комплексных и комиссионных экспертиз, сертификация судебно-медицинских экспертов и специалистов-консультантов с привлечением представителей медицинских профессиональных ассоциаций.

В настоящее время в г. Москве, по нашим данным, 22% экспертиз заканчивается выводами в пользу истцов.

Важная роль в совершенствовании лечебной деятельности, анализа структуры и характера профессиональных ошибок медицинских работников принадлежит профессиональным ассоциациям медицинских работников. На наш взгляд, необходимо создать при Президиуме Российской медицинской ассоциации медико-экспертную комиссию по рассмотрению профессиональных ошибок, а также для организации консультаций медицинским работникам по правовым вопросам.



ло десятка языков, читал сыну произведения русской классики, а Н. В. Гоголь стал с тех пор любимым автором сына. Любовь к литературе, живописи, коллекционированию, природе – все это от отца, о котором он вспоминает с благодарностью на протяжении всей жизни. Горько читать, как такого честнейшего человека вместе с миллионами других перемолола сталинская мясорубка. И очень символично звучит позднее фраза автора (тогда студента-медика) о дне похорон усатого вождя: «Мы вытаскивали из-под ног полузатоптанных и затоптанных людей»...

Организация литературных кружков, постановка спектаклей, встречи с писателями и поэтами (брал автограф на концерте у А. Вертинского, снимал дачу у сына С. Есенина!) – нет ничего удивительного в том, что у Коростелева не было проблем в подготовке живых, интересных лекций, в написании книг, в умении поддерживать любую беседу и находить друзей.

«В школе и во дворе – постоянный заводила» – так пишет о себе Николай Борисович, рассказывая о детских годах. Но так получалось, что и позднее – на учебе в институте, на практике, на работе именно вок-

НАДЕЖДА БЫТЬ УСЛЫШАНЫМ

«Автобиографические записки Н. Б. Коростелева, профессора Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова» – что может быть здесь интересно, подумала я, посмотрев на обложку книги. Первый наставник, первая операция, первая публикация...

«Тысячи белых лебедей, летящих в «пять слоев» на совершенно голубом небосклоне, и белые кучевые облака... От чудесной картины у меня потекли слезы».

Подобные строки – а это об увиденном в Монголии – заставляли забыть о серьезном соседнем абзаце: «Меня до чрезвычайности интересовала народная гигиена монголов. Сколько продуманного, рационального в ней! Я привез из Монголии несколько чемованов этнографического и биологического материала».

Но давайте вернемся к «художественности» книги – ведь именно этим она привлекла меня больше всего, заставив прочитать, что называется, на одном дыхании. Образный яркий язык, живые портреты людей, встречающихся на жизненном пути, интереснейшие истории, каждая из которых могла бы стать самостоятельным рассказом – чего стоит хотя бы эпизод о чуть было не упавшем в океан самолете японской авиакомпании с автором на борту. Частое обращение к литературным примерам, стихотворным строчкам – поневоле задаешься вопросом: откуда это в бывшем студенте санитарно-гигиенического факультета 1-го Медицинского института?

«С малолетства я – в мире книг» – так пишет Николай Борисович о своем детстве, кстати, глава об этом периоде жизни одна из самых интересных. Отец – инженер-авиатор, самостоятельно выучивший око-

руг него образовывалось некое «вращение» людей, событий, начинаний.

«...В институте студенты за глаза звали эту преподавательницу Фрамугой. Огромных размеров тетрадь с противным голосом, получить у которой зачет по гигиене школьников было не просто трудно, а очень трудно. Лекции ее были настолько нудными, что мы, студенты, просто засыпали. И в памяти осталось только одно: на переменах нужно открывать фрамуги...»

Читая, как вел тот же предмет Н. В. Коростелев, как, работая в должности инспектора по санитарному просвещению, учил делать этот курс живым и полезным, невольно жалеешь, что не удалось побывать на этих занятиях... Грустно, что далеко не все «преподы» могут подписаться под словами Николая Борисовича: «Для меня окончание семестра – лишение удовольствия, радости общения с юношеством».

Одними из самых «вкусных» стали для меня страницы, посвященные зарубежным поездкам автора – Чехословакия и Болгария, Индия и Монголия, Швейцария и Франция... Здесь и кратковременные командировки и длительная работа. Коростелев учит, Коростелев учится. И не только своему прямому делу – организации санитарного просвещения. Как человеку любознательному ему интересно все. Зачем в Токийском отеле звучит тихая приятная музыка? Кто автор? Служащие отеля рады такому интересу и уже чуть ли не композитора готовы разыскать... У многих ли хватит сил после работы ходить по выставкам, музеям, зоопаркам, кладбищам, знакомиться и общаться с разными людьми? «Необычным для меня было...» – спасибо, что теперь и мы знаем об этом «необычном».

Ну, а уж наша страна, когда-то СССР, объезжена вдоль и поперек. Как энтомологу особенно нравятся Николаю Борисовичу Кавказ – читаешь, и будто сам прошел по горным склонам с сачком в руках в поисках красавицы-бабочки.

С азартом, как и все, за что брался, «вошел» автор и в историю медицины, многие годы занимаясь этой дисциплиной в ММА им. Сеченова. Огромную работу взвалил на себя, взявшись за создание музея истории академии: сбор экспонатов, картин, разработка и практическое устройство экспозиции. Здесь Николай Борисович впервые признается, что устал. И вырывается горькое: «Ну, зачем потратил столько сил, времени, энергии?.. Что это мне дало: прибавку к зарплате? Наоборот, много потерял...»

Да, энтузиаст и трудоголик Коростелев, как это, к сожалению, нередко случается, не всегда был оценен и поддержан коллегами и руководством. Может быть, завидовали его жизнелюбию, сотням вышедших статей и книг, счастливой семейной жизни, множеству друзей? Но Николай Борисович слишком мудр, чтобы держать на кого-то зло, да и книга написана не для сведения счетов. «Если попытаться, даже очень приблизительно, подсчитать всех добрых людей, встреченных мною в совместной учебе, работе, поездках по стране и за рубежом, походах, на совещаниях, в редакциях, различных учреждениях и т. п., то получится огромная цифра. Книга – благодарность добрым, хорошим людям».

Н. Б. Коростелев, как ни пафосно это звучит, патриот. «Что сделал для Отечества?» – главный вопрос для него. С огромной болью пишет автор о многих бедах сегодняшнего дня: о здравоохранении, которому отдал всю жизнь, о национальных проблемах, о гибели природы, в том числе его любимого Подмосковья... И это не старческое брюзжание – это надежда быть услышанным, это желание Учителя дать что-то важное своим не всегда разумным ученикам...

Е. Горицкая

РЕЛИГИЯ И ЗДОРОВЬЕ

В парламентских слушаниях по теме «Религия и здоровье» приняли участие депутаты Госдумы, представители духовенства, органов государственной власти, общественных и научных организаций.

В своем выступлении председатель Комитета Госдумы по охране здоровья и спорту Николай Герасименко привел тревожные, если не сказать пугающие, цифры. Он отметил, что к концу 2002 года постоянное население Российской Федерации уменьшилось почти на 600 тысяч человек. В целом по стране превышение числа умерших над числом родившихся составило 1,7 раза, а в 28 регионах – до 3 раз. Растет инвалидизация россиян. Если в 1985 году в РСФСР было 3,9 млн. инвалидов, то в 1999 – уже 5,1 млн. По прогнозам специалистов к 2005 году их число составит 12,4 млн. человек. За последнее десятилетие в три раза увеличилось количество детей-инвалидов. Растет смертность от несчастных случаев, травм, отравлений, в первую очередь алкоголем.

Н. Герасименко отметил, что, несмотря на принятие целого ряда законов профилактической направленности, защищающих права граждан на охрану здоровья, в стране пока нет единой политики для обеспечения физического и духовного здоровья нации.

От общей культуры населения, от степени и широты медицинской просвещенности, от знания и соблюдения нравственных традиций в полной мере зависит здоровье каждого отдельного россиянина. Значительную роль в решении этой проблемы призваны решить традиционные религии, авторитет которых проверен временем.

Митрополит Смоленский и Калининградский владыка Кирилл в своем выступлении подчеркнул, что, если личность и народ не придут к здоровому образу жизни, все дискуссии по поводу экономического, политического и цивилизованного будущего нашей страны можно будет прекратить как бесполезные. Болезнь с религиозной точки зрения – это внутренний разлад, сбой в работе организма. И чаще всего он происходит на уровне взаимодействия духовного и материального начала. Здоровый образ жизни – это религиозный образ жизни.

Вообще, участники слушаний не ставили под сомнение необходимость тесного взаимодействия между представителями традиционных религиозных конфессий с учреждениями здравоохранения, органами государственной власти, законодателями с целью формирования нравственного и физического здоровья граждан страны. А вот формы и методы этого формирования предлагали зачастую самые экстравагантные, вплоть до запрещения ряда телепрограмм на основных каналах вещания.

ПОГОВОРИЛИ, ЗАКУСИЛИ

Состоялся второй ежемесячный пресс-ланч в рамках образовательной программы для журналистов. Мероприятие организовано ГНИЦ Профилактической Медицины МФ РФ совместно с компанией «Юнилевер». В рамках пресс-ланча состоялись доклады ведущих специалистов ГНИЦ проф. Н. В. Перовой «Какие жиры полезны, какие не очень – или как не заболеть атеросклерозом», и ведущего научного сотрудника центра, к. м. н. Г. Т. Холмогоровой – «Журналисты о медицинских публикациях».

Сердечно-сосудистые заболевания называли эпидемией XX века, а теперь вот и XXI. Обидно, что в России смертность от них растет, а в странах Западной Европы, Северной Америки и Австралии снижается, причем заметно – за 30 лет на 50%. Дело в том, что там основная религия – здоровый образ жизни. Компания идет за качественное питание, физическую активность и борьбу с курением. Один из главных врагов сосудов – высокий уровень холестерина в крови. Чтобы его снизить, надо уменьшить потребление жиров животного происхождения и подналечь на пищу, содержащую растворимую клетчатку (пектин, псиллим, клейковину). Как подчеркнула Н. В. Перова: «Регулируя состав пищевых жиров, можно повлиять не только на судьбу менопротеинов, но и на судьбу человека в целом». В ГНИЦ профилактической медицины, кстати, проходили сравнительные исследования различных продуктов питания. Оказалось, что в маргарине Рама, единственном из всех представленных на нашем рынке, нет холестерина.

На пресс-ланче также были рассмотрены результаты анонимного анкетирования сорока журналистов, с целью узнать их мнение о качестве и количестве медицинской информации. Акулы пера отметили низкий уровень публикаций, объясняя это закрытостью медицины и слабыми контактами медиков с прессой. Со своей стороны Г. Т. Холмогорова попросила журналистов давать о медицине только проверенную информацию.

Евгения Зубченко

Реаспомед 2003



Реаспомед
2003

25-28

марта

МОСКВА

Центральный Дом художника
на Крымском валу



**3-я Международная медицинская
специализированная выставка
Российский научный форум:**
"Реабилитация и спортивная медицина 2003"
Всероссийский съезд
РАСМИРБИ

Российская академия медицинских наук, Российская
ассоциация по спортивной медицине и реабилитации
больных инвалидов, "МОРАГ Экспо"

☎: (095) 938 2917, -2918, -9211, -9212

E-mail: expo@morag.ru <http://www.morag.ru>



ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

"МЕДСТИЛЬ"

**МЕДИЦИНСКАЯ ОДЕЖДА
ЕВРОПЕЙСКОГО УРОВНЯ ПО
РОССИЙСКИМ ЦЕНАМ ОТ
ПРОИЗВОДИТЕЛЯ**

Наши менеджеры с радостью
встретят и представителя
крупного многопрофильного
медицинского центра, и
представителя небольшой
больницы, поликлиники или
частной аптеки.

127521, Москва, 17-й проезд
Марьиной рощи, дом 9а
e-mail: medstyle@medstyle.ru <http://www.medstyle.ru>
телефон/факс: (095) 218-63-63,
219-82-35

BDF ●●●●●

Beiersdorf

**NIVEA INTIMO:
для деликатной защиты**

Все больше и больше гинекологов
настоятельно рекомендуют женщи-
нам для интимной гигиены пользо-
ваться только специально предназ-
наченными для этого средствами,
которые являются надежным мето-
дом профилактики многих гинеко-
логических заболеваний. Именно
поэтому совместно с профессиона-
лами в области гинекологии и аку-
шерства компания Beiersdorf раз-
работала два уникальных продук-
та – **Гель и Салфетки NIVEA
Intimo**, цель которых помочь сохра-
нить женское здоровье на долгие
годы.



Радиология
2003

15-18
апреля

МОСКВА Центральный Дом художника
на Крымском валу

**4-я международная медицинская
специализированная выставка**

РАДИОЛОГИЯ 2003

РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ФОРУМ

Российская академия медицинских наук
"МОРАГ Экспо"



☎: (095) 938 2917, -2918, -9211, -9212

E-mail: expo@morag.ru <http://www.morag.ru>



Газета зарегистрирована Комитетом РФ по печати. Регистрационный № 014489 от 16.02.1996. Издается с 1993 года
Учредители: Редакция газеты "Больница", Московская городская клиническая
больница им. С. П. Боткина, Московская медицинская ассоциация.

Главный редактор **Галина Денисова**

105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 207; тел./факс: (095) 465 4854

www.medicus.ru; E-mail: hospital47@mtu-net.ru

Компьютерная верстка, дизайн – Издательство «Пульс»

© Газета «Больница»

**ЦЕНА
ДОГОВОРНАЯ**