

На правах рукописи

БЕРЕЗНИКОВ Алексей Васильевич

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ДЕФЕКТОВ
ОКАЗАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

14.03.05 – судебная медицина

14.01.04 – внутренние болезни

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Москва 2011 г.

Работа выполнена на кафедре судебной медицины с курсом правоведения ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Научные консультанты:

доктор медицинских наук, профессор Конев Владимир Павлович
доктор медицинских наук, профессор Нечаева Галина Ивановна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Ерофеев Сергей Владимирович
доктор медицинских наук, доцент Буромский Иван Владимирович
доктор медицинских наук, профессор Малишевский Михаил Владимирович

Ведущее учреждение:

ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Защита диссертации состоится « 19 » января 2012 г. в 11.00 часов на заседании диссертационного совета при ФГУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по адресу: 125284, г. Москва, ул. Поликарпова, 12/13.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по адресу: 125284, г. Москва, ул. Поликарпова, 12/13.

Автореферат разослан « 5 » октября 2011 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент

О.А. Панфиленко

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Изменения законодательства Российской Федерации, произошедшие в девяностые годы прошлого столетия, в значительной степени затронули здравоохранение – увеличили степень ответственности врача и расширили права пациентов. По мере роста правовой грамотности населения за прошедшие годы значительно возросло количество уголовных процессов, гражданско-правовых споров, связанных со случаями оказания медицинской помощи. Данная тенденция сохраняется и в настоящее время (Сергеев Ю.Д. 2001, Быховская О.А. 2006, Пашинян Г.А. 2006).

Введение обязательного и добровольного медицинского страхования в Российской Федерации сформировало систему вневедомственного контроля качества медицинской помощи. Страховые компании не только производят контроль качества медицинской помощи, но и предъявляют финансовые санкции лечебно-профилактическим учреждениям, оказывающим некачественную медицинскую помощь. Медицинские учреждения достаточно часто не соглашались с данными санкциями, что вызывает арбитражные споры со страховыми компаниями (ФОМС, 2010).

В ходе следственных действий, уголовных, гражданских, арбитражных процессов для выявления дефектов оказания медицинской помощи, оценки исходов, установления непосредственных и косвенных связей между дефектами и исходами, квалификации ненадлежащего оказания медицинской помощи, наличия или отсутствия вреда здоровью, степени его тяжести назначается судебно-медицинская экспертиза.

Сложность проведения такого рода экспертиз связана с тем, что большинство понятий определены законодателем без конкретизации, а также присутствует дефицит научно-обоснованных методов судебно-медицинской оценки дефектов оказания медицинской помощи (Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. 2001). Разработанные в советский период методы экспертной оценки ориентированы на советское законодательство и устаревшие медицинские технологии. Современные зарубежные методы неприемлемы из-за разницы в основных законодательных понятиях, а так же различий в медицинских технологиях. Новые отечественные методы и подходы немногочисленны и адаптированы не для всех врачебных специальностей (Колкутин В.В. 2003, Быховская О.А. 2003, Клевню В.А. 2007).

Большую проблему составляет судебно-медицинская оценка дефектов оказания терапевтической помощи. В терапии отсутствует прямое вмешательство врача в организм пациента, лечение производится опосредованно – через лекарственные средства. Большинство исходов является следствием естественного течения патологического процесса, что значительно затрудняет экспертную оценку в части определения взаимосвязи дефектов терапевтической помощи с исходами, а также выявления вреда здоровью.

Решение данной проблемы заключается в создании единого научно-обоснованного методического подхода к судебно-медицинской оценке дефектов оказания терапевтической помощи, адаптированного под законодательство РФ, учитывающего современные особенности практического здравоохранения.

Цель: разработать методику судебно-медицинской экспертной оценки исходов оказания терапевтической помощи, дефектов оказания терапевтической помощи для установления непосредственных и косвенных взаимосвязей между дефектами диагностики и лечения и исходами оказания терапевтической помощи, выявления ненадлежащего оказания терапевтической помощи, причинения вреда здоровью.

Задачи исследования:

1. Изучить и проанализировать исходы надлежащего и ненадлежащего оказания терапевтической помощи, разработать критерии для оценки эффективности и исходов терапевтической помощи.
2. Изучить и проанализировать дефекты оказания терапевтической помощи, выявить непосредственную и косвенную связь между конкретными дефектами в оказании терапевтической помощи и её исходами.
3. Изучить и проанализировать случаи ненадлежащего оказания терапевтической помощи, в которых установлено наличие и степень вреда здоровью; разработать критерии для выявления вреда здоровью, причиненного при оказании терапевтической помощи.
4. Разработать метод оценки исходов оказания терапевтической помощи.
5. Разработать метод выявления дефектов оказания терапевтической помощи.
6. Разработать метод определения взаимосвязи между дефектами оказания терапевтической помощи и её исходами.
7. Разработать метод определения ненадлежащего оказания терапевтической помощи.
8. Разработать метод выявления вреда здоровью, причиненного в ходе оказания терапевтической помощи.
9. Предложить алгоритм работы эксперта-терапевта в составе судебно-медицинской экспертной комиссии.

Научная новизна работы. В работе впервые предложена методология разграничения надлежащей и ненадлежащей медицинской помощи на модели терапевтических больных. Разработан научный подход, позволяющий создавать критерии оценок для случаев медицинской помощи в условиях стандартизации здравоохранения. Исходя из анализа дефектов оказания терапевтической помощи, её эффективности и неэффективности предложены методы в виде математической модели для выявления непосредственных и косвенных связей дефектов терапевтической помощи с исходами, прогноза исходов оказания терапевтической помощи в зависимости от тяжести заболевания и имеющих место дефектов оказания терапевтической помощи.

Практическая значимость работы. В работе предложена методика судебно-медицинской оценки дефектов оказания терапевтической помощи, которая позволяет выявить дефекты оказания терапевтической помощи, оценить исходы, выявить взаимосвязь между дефектами диагностики, лечения и исходами. Методика включает в себя прогнозирование дальнейшего течения заболевания в зависимости от совокупности допущенных в ходе оказания терапевтической помощи дефектов, сопоставление прогнозируемого исхода с фактическим исхо-

дом. Она адаптирована для применения в условиях стандартизации терапевтической помощи.

Использование в практике предложенной методики позволит рационально оценивать случаи оказания терапевтической помощи в судебно-медицинской экспертизе, при проведении вневедомственной и ведомственной экспертиз, при служебных расследованиях в рамках подготовки гражданских или уголовных дел.

Кроме того, прогностическая часть методики позволит терапевтам прогнозировать эффективность терапевтической помощи в условиях, когда допускаются вынужденные отступления от стандартов, например, при наличии у пациентов противопоказаний к проведению тех или иных диагностических или лечебных методик.

Апробация работы. Материалы диссертации доложены и обсуждены на региональных, общероссийских, международных симпозиумах: Тринадцатой Российской гастроэнтерологической неделе 2008 г., Четырнадцатой Российской гастроэнтерологической неделе 2008 г., Славяно-балтийском гастроэнтерологическом конгрессе 2008 г., Всероссийской научно-практической конференции «Проблемные вопросы организации производства судебно-медицинских экспертиз», Москва, 2009 г.

Внедрение результатов исследования. По материалам диссертации издано два учебно-методических пособия, имеющих рекомендательный гриф УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России; изданы методические рекомендации по судебно-медицинской оценке дефектов терапевтической помощи; зарегистрировано два интеллектуальных продукта. Результаты диссертационного исследования внедрены в учебный процесс кафедр судебной медицины Новосибирского государственного медицинского университета, Томского государственного медицинского университета, Челябинской государственной медицинской академии, Тюменской государственной медицинской академии, Омской государственной медицинской академии, в практическую деятельность Новосибирского областного бюро судебно-медицинской экспертизы, Омской областной клинической больницы, Клинического медико-хирургического центра Министерства здравоохранения Омской области.

Публикации. По теме диссертации опубликованы 32 работы, из них: 16 в журналах, входящих в перечень ВАК; 2 учебно-методических пособия, рекомендованных учебно-методическим объединением к использованию в последипломном обучении судебно-медицинских экспертов, терапевтов, кардиологов, гастроэнтерологов, пульмонологов; зарегистрировано 2 интеллектуальных продукта.

Положения, выносимые на защиту:

1. Неблагоприятные исходы оказания терапевтической помощи являются в подавляющем большинстве случаев результатом естественного течения патологического процесса. Терапевтическая помощь способна замедлить или остановить течение патологического процесса. Формирование неблагоприятных исходов при ряде нозологических форм: инфаркт миокарда, эссенциальная артери-

2. Следующие дефекты оказания терапевтической помощи определяют формирование неблагоприятного исхода: диагноз не отражает ни одну из определяющих тяжесть состояния нозологий; диагноз не учитывает конкурирующее заболевание, определяющее тяжесть состояния больного; не выявлены угрожающие жизни и здоровью осложнения (по причинам, связанным с действиями медицинских работников); угрожающее жизни и здоровью осложнение выявлено в поздние сроки (по причинам, связанным с действиями медицинских работников); лечение неэффективно в отношении нозологии, определяющей тяжесть состояния; лечебные мероприятия усугубляют течение патологии, определяющей тяжесть состояния (при условии несоблюдения рекомендаций по диагностике и лечению); не проводилось лечение угрожающих жизни и здоровью осложнений. Данные дефекты имеют непосредственную связь с неблагоприятным исходом и могут служить критериями для выявления ненадлежащего оказания терапевтической помощи.

3. Не все дефекты оказания терапевтической помощи, представляющие собой несоблюдение стандартов диагностики и лечения (протоколов, рекомендаций, схем), оказывают влияние на клиническую эффективность терапевтической помощи. Для каждой нозологической формы существует ряд дефектов диагностики и лечения, снижающих эффективность терапевтической помощи. Степень их влияния позволяет оценить показатель информативности. В большинстве случаев оказания терапевтической помощи формирование неблагоприятного исхода определяют несколько дефектов диагностики и лечения. Посредством суммы показателей информативности дефектов диагностики и лечения в конкретном случае можно осуществить прогноз эффективности терапевтической помощи и исходов. При сравнении прогнозируемого и фактического исходов можно установить наличие связи между дефектами и неблагоприятным исходом.

4. Установить факт причинения вреда здоровью в ходе оказания терапевтической помощи возможно при развитии ятрогенной патологии либо при наличии дефектов, имеющих доказанную непосредственную связь с неблагоприятным исходом. Развитие ятрогенного заболевания при оказании терапевтической помощи в большинстве случаев связано с побочными эффектами медикаментов и не имеет связи с дефектами действий медицинского персонала. Наличие вреда здоровью не является обязательным при ненадлежащем оказании терапевтической помощи и требует отдельного доказательства, основанного на клинических и инструментальных данных до и после оказания терапевтической помощи.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 365 страницах печатного текста, иллюстрирована 94 таблицами, 60 рисунками. Работа состоит из списка сокращений, введения, обзора литературы, главы о материалах и методах исследования, 3-х глав с изложением полученных результатов, заключения, выводов, практических рекомендаций. Библиографический указатель включает 224 источника на русском языке и 179 – на иностранных языках.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целесообразно остановиться на гипотезе, которая составила основу данной работы. Основными изучаемыми характеристиками случаев оказания терапевтической помощи в нашей работе являются клиническая эффективность терапевтической помощи и исходы от её оказания. Дефекты терапевтической помощи рассматриваются как факторы, воздействующие на данные характеристики. Такие понятия, как надлежащее и ненадлежащее оказание терапевтической помощи, качество медицинской помощи в какой-то степени вред здоровью, причиненный при оказании терапевтической помощи, являются характеристиками частного случая эффективности или неэффективности медицинской помощи. Следует подчеркнуть, что наша гипотеза построена и правомочна для условий оценки одного патологического процесса.

Работа проведена в дизайне рандомизированного открытого проспективного исследования. В судебно-медицинской экспертной практике в рамках экспертиз по «врачебным делам» попадают случаи оказания медицинской помощи только с неблагоприятными исходами, с большим количеством дефектов, являющиеся крайними вариантами неэффективности медицинской помощи. Проведение исследований по разработке критериев оценки эффективности медицинской помощи и определению взаимосвязей дефектов оказания медицинской помощи с её исходами на такой узкой когорте случаев не представляется возможным. Для решения подобных задач необходима полноценная выборка, включающая как случаи неэффективной терапевтической помощи, так и эффективной. В работе мы использовали материалы случаев оказания терапевтической помощи с благоприятными и неблагоприятными исходами, с дефектами диагностики и лечения и без таковых.

Объекты исследования. Для включения в исследование случаи отбирались методом рандомизации с использованием критериев включения и исключения.

Критерии включения:

- возраст больного более 18 лет и менее 80 лет на момент оказания медицинской помощи;
- период оказания терапевтической помощи 2004-2008 гг.;
- основной диагноз – заболевание сердечно-сосудистой системы, органов дыхания или органов желудочно-кишечного тракта;
- обращение за стационарной или амбулаторной терапевтической помощью в период острого заболевания или обострения хронического заболевания;
- отсутствие тяжелого конкурирующего заболевания;

- оказание терапевтической помощи в лечебных учреждениях Омского региона;
- наличие полиса обязательного медицинского страхования медицинской страховой организации «АСКО-ЗАБОТА».

Критерии исключения:

- развитие в период проспективного наблюдения тяжелого конкурирующего заболевания;
- невозможность проведения проспективного наблюдения в связи с переездом в другую область;
- невозможность проведения проспективного наблюдения в связи со сменой страховой медицинской организации.

В исследование включены 2319 случаев оказания терапевтической помощи, 42% случаев – оказание терапевтической помощи женщинам, средний возраст больных 50,4 года (минимальный возраст – 18, максимальный возраст – 78 лет, 25% выборки – в возрасте до 32 лет, 75% выборки – в возрасте до 64 лет). Распределение случаев оказания терапевтической помощи по нозологическим формам приведено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение случаев экспертизы терапевтической помощи по нозологиям

№	Нозологическая форма	Количество случаев (абс. числа)
1.	ИБС: стенокардия напряжения	142
2.	ИБС: инфаркт миокарда	156
3.	Гипертоническая болезнь	100
4.	Пневмония	101
5.	Бронхиальная астма	103
6.	Хроническая обструктивная болезнь легких	71
7.	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	104
8.	Хронический гастрит, хронический дуоденит	237
9.	Язвенная болезнь	291
10.	Хронический вирусный гепатит	137
11.	Лекарственные поражения печени	30
12.	Цирроз печени	104
13.	Хронический холецистит	191
14.	ЖКБ: хронический калькулезный холецистит	81
15.	Дисфункция сфинктера Одди	155
16.	Хронический панкреатит	109
17.	Хронический колит	64
18.	Язвенный колит	40
19.	Псевдомембранозный колит	43
20.	Синдром раздраженной толстой кишки	45
21.	Нозологическая форма установлена неверно	15
Итого		2 319

По каждому случаю изучались первичные медицинские документы (всего 4123 первичных медицинских документа), при наличии – результаты судебно-медицинской экспертизы или исследования (63 случая), а также ведомственные, вневедомственные заключения о качестве медицинской помощи (2292 случая). 2307 случаев проспективно наблюдались на протяжении 36 месяцев с использованием данных страховой медицинской организации.

В рамках периода проспективного наблюдения мы выделили исследовательские точки. Оказание амбулаторной или стационарной помощи по поводу острого заболевания или обострения хронического заболевания мы расценивали как начальную исследовательскую точку для каждого случая. Повторное обращение и оказание терапевтической помощи по поводу последствий острого заболевания или нового обострения хронического заболевания – как конечную исследовательскую точку для каждого случая, если возникала необходимость промежуточных контролей, то мы их учитывали как промежуточные точки.

По каждому случаю оказания терапевтической помощи выполнялось не менее двух контролей по материалам первичных медицинских документов, соответствующих точкам исследования. Первый контроль выявлял дефекты оказания терапевтической помощи и оценивал ближайшие результаты на момент окончания лечения (или перехода на поддерживающую терапию). Второй – выявлял дефекты оказания медицинской помощи в период между начальной и конечной точками исследования, а также оценивал отдаленные результаты от оказания терапевтической помощи.

Методы оценки случаев оказания терапевтической помощи. В ходе работы оценивались первичные медицинские документы (амбулаторные и стационарные медицинские карты, выписки, консультативные заключения), результаты судебно-медицинских экспертиз и исследований, ведомственные, вневедомственные заключения о качестве терапевтической помощи. В исследуемых случаях нас интересовали следующие показатели: исходы, дефекты оказания терапевтической помощи.

Исходы оценивали в рамках следующих градаций: выздоровление, переход в хроническое течение, наличие ремиссии или обострения, развитие осложнений, смерть субъекта, длительное расстройство здоровья.

Дефекты в оказании терапевтической помощи выявляли методом сравнения с рекомендациями (стандартами) по диагностике и лечению (подробный перечень содержится в тексте диссертации), общепринятыми методами диагностики и лечения. Результаты оформлялись в виде карт и журналов.

Для оценки сложных случаев привлекались консультанты – сотрудники кафедр терапевтического профиля ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Автор выражает благодарность за консультативную помощь доценту, к.м.н. Т.В. Ткаченко, доценту, к.м.н. Н.И. Фисун, профессору кафедры факультетской терапии, д.м.н. В.А. Ахмедову, доценту, к.м.н. Е.В. Желтуховой.

Патоморфологические и судебно-медицинские методы исследования. Анализировались случаи комиссионных судебно-медицинских экспертиз, судебно-медицинских исследований, проведенных ГУЗОО «Омское областное

бюро судебно-медицинской экспертизы» и кафедрой судебной медицины ОмГМА в случаях оказания терапевтической помощи.

Статистические методы исследования. Размер выборки, минимально достаточный для получения доказательных данных, рассчитывался по формуле Лера для мощности в 80% и двустороннего уровня значимости 0,05 (Петри А., Сэбин К., 2003). Для описания применялись относительные показатели в процентах и долях единицы, рассчитывались средние значения, определялись доверительные интервалы. Для определения правильности распределения значений переменных показателей в выборках использовались критерии Шапиро-Уилка, Колмогорова-Смирнова. Достоверность различий между группами при нормальном распределении количественных переменных определялась посредством t – критерия Стьюдента, в случаях ненормального распределения или анализа порядковых переменных достоверность различий определялась посредством критериев Хи-квадрат, Манна-Уитни, Краскела-Уоллеса, Вальда-Вольфовица, Колмогорова-Смирнова. При оценке значимости влияния дефектов на исходы применялся последовательный диагностический анализ, предложенный А. Вальдом, и информативность признака по Кульбаку. Числовые границы устанавливались методом бинарной логистической регрессии.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

В экспертной практике встречаются два варианта случаев оказания терапевтической помощи с дефектами: первый – когда допущены грубые дефекты, которые привели к неверному диагнозу и лечению; второй – когда допущены дефекты диагностики и лечения, но диагноз правильный. Для обоих вариантов случаев необходимы критерии судебно-медицинской оценки дефектов оказания терапевтической помощи.

Для определения критериев для случаев, когда допущены грубые дефекты, которые привели к неверному диагнозу и лечению, мы изучили и проанализировали случаи надлежащего и ненадлежащего оказания медицинской помощи. При анализе использовали заключения судебно-медицинских экспертиз и исследований, а также мнения экспертов и выделили основные признаки, характеризующие ненадлежащее оказание терапевтической помощи.

Для чего исследовали 42 случая надлежащего и 21 случай ненадлежащего оказания терапевтической помощи. Все случаи проспективно наблюдались в течение 24 месяцев, за исключением случаев с летальными исходами. Изучались следующие признаки: эффективность медицинской помощи в ближайшем и отдаленном периодах, наличие осложнений, смертельные исходы.

В качестве критериев эффективности терапевтической помощи использовали: выздоровление или наступление ремиссии, продолжительность ремиссии, а также тяжесть последующего за лечением обострения. Эффективной помощью в ближайшем периоде мы считали выздоровление или наступление ремиссии, продолжающейся не менее 3 месяцев от окончания лечения. Наличие стойкой продолжительной (свыше 3 месяцев) ремиссии и последующего обострения, тяжесть которого не превышала предыдущее, указывало на эффективность помо-

щи в отдаленном периоде. Исходы, соответствующие данным критериям, считали благоприятными.

В ходе исследования удалось получить достоверные различия по всем признакам и показать, что частота неблагоприятных отрицательных ближайших и отдаленных результатов, осложнений и летальных исходов достоверно выше в группе случаев с ненадлежащим оказанием терапевтической помощи.

Причем в случаях ненадлежащего оказания терапевтической помощи могли встречаться сразу несколько из изучаемых признаков (таблица 2).

Таблица 2

Частота встречаемости изучаемых признаков в группах и достоверность их различий между группами (доли ед.)

№	Признак	Группа ненадлежащего оказания терапевтической помощи	Группа надлежащего оказания терапевтической помощи	Достоверность различий в группах*
1.	Летальные исходы	0,57	0,05	$p < 0,05$
2.	Осложнения и патология, связанные с несвоевременным оказанием медицинской помощи	0,90	0,60	$p < 0,05$
3.	Положительные ближайшие результаты (выздоровление, ремиссия)	0	0,57	$p < 0,05$
4.	Положительные отдаленные результаты (продолжительность ремиссии более 3 месяцев, тяжесть последующего обострения меньше чем предыдущего)	0	0,09	$p < 0,05$

*Достоверность различий в группах оценивалась с использованием критериев Хи-квадрат и Манна-Уитни

Таким образом, терапевтическая помощь, оказанная ненадлежащим образом, отличается от терапевтической помощи, оказанной надлежащим образом, неэффективностью медицинской помощи и отрицательными исходами как в отдаленный, так и в ближайший период, частым развитием осложнений и летальными исходами, развитием патологии, связанной с лечением. Однако данные признаки неспецифичны для ненадлежащего оказания терапевтической помощи, многие из них встречаются и в случаях надлежащего оказания терапевтической помощи. Соответственно, их можно использовать только как критерии для оценки неблагоприятных исходов оказания терапевтической помощи.

На основании данных признаков нельзя достоверно утверждать, что в конкретном случае помощь оказана ненадлежащим образом. Признаки, характеризующие исход, исчерпаны, мы остановились подробнее на анализе характеристик диагностики и лечения.

Остановимся на оценке диагностики и лечения. Дефекты диагностики и лечения, выявленные экспертами, носят общий характер и не ориентированы на конкретные нозологии. Это объясняется тем, что при ненадлежащем оказании терапевтической помощи достаточно часто неправильно определяется нозологическая форма. Мы определили, какие дефекты, из выявленных экспертами, влияют на эффективность терапевтической помощи и определяют неблагоприятный исход. Группы случаев ненадлежащего и надлежащего оказания терапевтической помощи сохранили в прежнем составе. В группах определили досто-

верность различий частоты встречаемости дефектов посредством критериев Хи-квадрат и Манна-Уитни, показали их большую частоту в группе ненадлежащего оказания терапевтической помощи (таблица 3).

Таблица 3

Частота встречаемости в группах дефектов, определяющих ненадлежащую диагностику основных нозологий

№	Признак	Группа надлежащего оказания терапевтической помощи	Группа ненадлежащего оказания терапевтической помощи	Достоверность различий в группах*
1.	Диагноз не отражает ни одну из определяющих тяжесть состояния нозологий	0,00	0,29	$p < 0,05$
2.	Диагноз не учитывает конкурирующее заболевание, определяющее тяжесть состояния больного	0,00	0,43	$p < 0,05$
3.	Не выявлены угрожающие жизни и здоровью осложнения	0,00	0,81	$p < 0,05$
4.	Угрожающие жизни и здоровью осложнения выявлены в поздние сроки (по причинам, связанным с действием, бездействием медицинского персонала)	0,00	0,29	$p < 0,05$
5.	Лечение неэффективно в отношении нозологии, определяющей тяжесть состояния	0,00	0,52	$p < 0,05$
6.	Лечение усугубляет течение патологии, определяющей тяжесть состояния	0,00	0,10	$p < 0,05$
7.	Лечение угрожающих жизни и здоровью осложнений не проводилось	0,00	0,86	$p < 0,05$
8.	Патология, связанная с несвоевременным оказанием медицинской помощи	0,05	0,19	$p < 0,05$
9.	Диагностический процесс не соответствует стандарту	0,43	0,99	$p < 0,05$
10.	Лечение не соответствует стандарту	0,24	1,00	$p < 0,05$

*Достоверность различий в группах оценивалась с использованием критериев Хи-квадрат, Манна-Уитни

Для оценки влияния каждого из дефектов рассчитан его вклад в снижение эффективности терапевтической помощи и формирование неблагоприятного исхода посредством диагностического коэффициента (ДК) и информативности (J) (таблица 4).

В ходе анализа взаимосвязи дефектов диагностики и лечения с неблагоприятными исходами установлено, что все дефекты с информативностью более трех встречаются только в случаях ненадлежащего оказания терапевтической помощи. Исключение составляет дефект с информативностью менее трех – «Лечение усугубляет течение патологии, определяющей тяжесть состояния, при условии назначения нестандартного лечения», т.к. во всех случаях, где он встречается, медицинская помощь оказывалась ненадлежащим образом (данный дефект терапевтической помощи встречается редко). Дефекты с информативностью менее трех встречались в случаях ненадлежащего оказания терапевтической помощи только в сочетании с одним из дефектов с информативностью более трех.

Таблица 4

Информативность дефектов диагностики и лечения, определяющих формирование неблагоприятного исхода

№	Показатель	ДК	Ж
1.	Диагноз не отражает ни одну из определяющих тяжесть состояния нозологий	24,56	3,50
2.	Диагноз не учитывает конкурирующее заболевание, определяющее тяжесть состояния больного	26,32	5,63
3.	Не выявлены угрожающие жизни и здоровью осложнения	29,08	11,76
4.	Угрожающие жизни и здоровью осложнения выявлены в поздние сроки (по причинам связанным с действием, бездействием медицинского персонала)	24,56	3,50
5.	Лечение неэффективно в отношении нозологии, определяющей тяжесть состояния	27,19	7,11
6.	Лечение усугубляет течение патологии, определяющей тяжесть состояния	19,78	0,93
7.	Лечение угрожающих жизни и здоровью осложнений не проводилось	29,33	12,55
8.	Патология, связанная с несвоевременным оказанием терапевтической помощи	5,98	0,42
9.	Диагностический процесс не соответствует стандарту	5,37	1,88
10.	Лечение не соответствует стандарту	6,23	2,38

Все вышеизложенные дефекты диагностики и лечения мы расценили как критерии для выявления ненадлежащего оказания терапевтической помощи. Мы сгруппировали дефекты по значимости влияния на исход.

Основные критерии (каждый из критериев имеет самостоятельное диагностическое значение): 1. Диагноз не отражает ни одну из определяющих тяжесть состояния нозологий; 2. Диагноз не учитывает конкурирующее заболевание, определяющее тяжесть состояния больного; 3. Не выявлены угрожающие жизни и здоровью осложнения (по причинам, связанным с действиями медицинских работников); 4. Угрожающее жизни и здоровью осложнение выявлено в поздние сроки (по причинам, связанным с действиями, бездействием медицинских работников); 5. Лечение неэффективно в отношении нозологии, определяющей тяжесть состояния; 6. Лечебные мероприятия усугубляют течение патологии, определяющей тяжесть состояния (совместно с дополнительным критерием под номером 2); 7. Не проводилось лечение угрожающих жизни и здоровью осложнений.

Дополнительные критерии (самостоятельного диагностического значения не имеют): 1. Несоблюдение стандартов (рекомендаций) диагностики, используемых при данной нозологии; 2. Несоблюдение стандартов (рекомендаций) лечения, используемых при данной нозологии; 3. Развитие патологии, связанной с несвоевременным оказанием медицинской помощи.

Экспертная практика показывает, что довольно часто имеют место случаи оказания медицинской помощи, в которых сложно квалифицировать, надлежащим или ненадлежащим образом оказана терапевтическая помощь. Особенно это касается случаев терапевтической помощи при условии правильного определения нозологической формы. В ходе проведения судебно-медицинской экспертизы подобных случаев терапевтической помощи необходимо: оценить ис-

ход, выявить дефекты оказания терапевтической помощи, определить их взаимосвязь с неблагоприятным исходом.

Оценка явных неблагоприятных исходов (смерть, развитие осложнений, развитие ятрогенной патологии) обычно не вызывает затруднений. Для выявления дефектов оказания терапевтической помощи из современных экспертных методов подходит метод сравнения с эталоном (стандартом диагностики и лечения, национальными рекомендациями, протоколами ведения больных). Выявить несоответствия эталону просто, но дать достоверный ответ о влиянии этих дефектов на эффективность терапевтической помощи и формирование неблагоприятных исходов в конкретном случае вызывает значительные затруднения, а в ряде случаев практически невозможно.

Доказать наличие связи между дефектами оказания терапевтической помощи и неблагоприятными исходами возможно только в рамках конкретных нозологических форм. При таком подходе представится возможность связать конкретные исходы с имеющимися место дефектами, что позволит эксперту в последующем ответить на вопрос о ненадлежащем оказании терапевтической помощи.

Решение обозначенной проблемы проведено в два этапа. В ходе первого этапа разработаны критерии оценки эффективности терапевтической помощи (критерии положительного и отрицательного исходов). На втором этапе выявлены дефекты диагностики и лечения, влияющие на эффективность терапевтической помощи и приводящие к формированию неблагоприятного исхода.

Клиническая эффективность терапевтической помощи в рамках 20 нозологических форм изучалась на 2304 случаях оказания терапевтической помощи пациентам с патологией сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и органов пищеварения. Мы анализировали следующие параметры, отражающие эффективность медицинской помощи, в ближайшем и отдаленном периоде: выздоровление, наличие ремиссии, продолжительность ремиссии, наличие и тяжесть последующих обострений, наличие осложнений, летальные исходы. При каждом из изучаемых заболеваний достоверно более эффективной, по указанным критериям, оказалась терапевтическая помощь, не имеющая дефектов. Сравнение частоты указанных признаков в группах с дефектами и без дефектов оказания терапевтической помощи проводилось посредством критериев Хи-квадрат и Манна-Уитни. Методом доверительных интервалов выявлена средняя продолжительность ремиссии, определены её отклонения в месяцах в группах терапевтической помощи с дефектами и без таковых для каждой из 20 нозологий (таблица 5).

Тяжесть последующего обострения при медицинской помощи без дефектов обычно не превышала тяжесть предыдущего обострения. По ряду нозологий, таких как бронхиальная астма, язвенная болезнь, язвенный колит, хронический холецистит, последующее обострение было менее тяжелым, чем предыдущее. При всех нозологиях в обеих группах, как без дефектов, так и с дефектами, при оказании терапевтической помощи присутствуют случаи эффективной и неэффективной медицинской помощи, имеются положительные и отрицательные ближайшие и отдаленные исходы. Отсутствие дефектов, соответствие рекомен-

дациям или стандартам диагностики и лечения (общепринятым методам) не является гарантией эффективности медицинской помощи и положительного исхода от её оказания в конкретном случае у конкретного больного.

Таблица 5

Продолжительность ремиссии в группах со стандартной и нестандартной терапевтической помощью в разрезе нозологических форм

№	Нозологическая форма	Средняя продолжительность ремиссии (стабильного течения) в месяцах	
		Медицинская помощь без дефектов	Медицинская помощь с дефектами
1.	Бронхиальная астма	10	2
2.	Хроническая обструктивная болезнь легких	7	5
3.	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	11	7
4.	Хронический гастрит, хронический дуоденит	27	15
5.	Язвенная болезнь	27	18
6.	Цирроз печени	9	4
7.	Хронический холецистит	18	9
8.	ЖКБ: хронический калькулезный холецистит	27	12
9.	Дисфункция сфинктера Одди	18	9
10.	Хронический панкреатит	27	12
11.	Хронический колит	27	9
12.	Язвенный колит	24	9
13.	Синдром раздраженной толстой кишки	27	9

При сравнении показателей посредством критерия Манна-Уитни получены достоверные различия по всем 13 нозологиям ($p < 0,05$)

В результате нашего исследования предложены критерии для оценки эффективности терапевтической помощи в разрезе нозологий (таблица 6).

Таблица 6

Критерии эффективности терапевтической помощи в разрезе нозологий

№	Нозология	Критерии эффективности	
		Ближайший период (до 3 мес. включительно)	Отдаленный период (свыше 3 месяцев)
1.	Стенокардия напряжения	Стабильное течение без увеличения функционального класса; Отсутствие инфарктов и эпизодов острого коронарного синдрома, внезапной коронарной смерти.	Стабильное течение без увеличения функционального класса, отсутствие прогрессирования в период не менее 24 месяцев; Отсутствие инфарктов и эпизодов острого коронарного синдрома, внезапной коронарной смерти.
2.	Инфаркт миокарда	Выживание больного более 2 мес. от момента постановки диагноза «инфаркт миокарда»; Отсутствие тяжелой сердечной недостаточности в постинфарктном периоде.	Выживание больного; Отсутствие тяжелой сердечной недостаточности в постинфарктном периоде.
3.	Эссенциальная артериальная гипертензия	Стабильное течение гипертонической болезни без изменения стадии и риска в период наблюдения; Отсутствие в период наблюдения инсультов и инфарктов миокарда.	Стабильное течение гипертонической болезни без изменения стадии и риска в период наблюдения; Отсутствие прогрессирования гипертонической болезни за счет поражения органов-мишеней (увеличение стадии гипертонической болезни); Отсутствие в период наблюдения инсультов и инфарктов миокарда.

4.	Пневмония	Выздоровление (купирование клиники, устранение воспалительного процесса в легких по данным рентгенологических исследований); Отсутствие осложнений; Отсутствие необходимости в повторном курсе лечения.	-
5.	Бронхиальная астма	Достижение контроля над бронхиальной астмой по данным клиники и функциональных методов исследования; Отсутствие тяжелого обострения в период лечения.	Сохранение контроля над бронхиальной астмой по данным клиники и функциональных методов исследования; Продолжительность ремиссии не менее 6 мес.
6.	Хроническая обструктивная болезнь легких	Наличие ремиссии (стабильное течение ХОБЛ без прогрессирования в период наблюдения по данным клиники и функциональных методов); Отсутствие осложнений; Выживание больного в период наблюдения.	Наличие ремиссии (стабильное течение ХОБЛ без прогрессирования в период наблюдения по данным клиники и функциональных методов); Продолжительность ремиссии не менее 6 месяцев; Выживание больного в период наблюдения.
7.	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	Наличие клинической и инструментальной ремиссии на момент окончания лечения, Отсутствие осложнений.	Продолжительность ремиссии не менее 8 месяцев; Отсутствие осложнений.
8.	Хронические гастриты, хронические дуодениты	Купирование клинической картины заболевания; Отсутствие осложнений.	Клиническая ремиссия; Нивелирование инструментальных и лабораторных проявлений; Отсутствие осложнений; Период ремиссии более 18 месяцев.
9.	Язвенная болезнь	Купирование клинической картины заболевания; Отсутствие осложнений.	Клиническая ремиссия; Нивелирование инструментальных проявлений; Отсутствие осложнений; Период ремиссии более 24 месяцев.
10.	Хронические вирусные гепатиты	Элиминация вируса - отсутствие вируса гепатита в крови (по данным ИФА и ПЦР) и (или) в тканях печени; Отсутствие активности процесса по данным биопсийного исследования печени, а также биохимических исследований (нормальные показатели биохимических синдромов цитолиза, холестаза); Отсутствие клиники.	Элиминация вируса - отсутствие более 2 лет вируса гепатита в крови (по данным ИФА и ПЦР) и (или) в тканях печени; Отсутствие активности процесса по данным биопсийного исследования печени, а также биохимических исследований (нормальные показатели биохимических синдромов цитолиза, холестаза); Отсутствие клиники.
11.	Циррозы печени	Замедление прогрессирования процесса; Обеспечение компенсации (или субкомпенсации) цирроза печени; Отсутствие осложнений.	Замедление прогрессирования процесса; Обеспечение компенсации (или субкомпенсации) цирроза печени; Длительность периода компенсации (или субкомпенсации) не менее 8 мес.; Отсутствие осложнений.
12.	Хронический холецистит	Купирование клинической картины заболевания; Нивелирование инструментальных и лабораторных проявлений; Отсутствие осложнений.	Клиническая ремиссия; Период ремиссии не менее 12 месяцев (ремиссия в данном случае – отсутствие эпизодов клинической симптоматики).

13.	ЖКБ: хронический калькулезный холецистит	Купирование клинической картины заболевания; Нивелирование инструментальных и лабораторных проявлений воспалительного процесса; Отсутствие осложнений.	Клиническая ремиссия; Отсутствие инструментальных и лабораторных проявлений воспалительного процесса; Отсутствие осложнений; Период ремиссии не менее 12 месяцев (ремиссия в данном случае – отсутствие эпизодов клинической симптоматики); Замедление прогрессирования процесса литогенеза (увеличение размеров камней не более 1 мм в год).
14.	Дисфункция сфинктера Одди	Купирование клинической картины заболевания; Нивелирование инструментальных и лабораторных проявлений; Отсутствие осложнений.	Клиническая ремиссия; Отсутствие осложнений; Период ремиссии не менее 12 месяцев (ремиссия в данном случае – отсутствие эпизодов возникновения клинической симптоматики).
15.	Хронический панкреатит	Купирование клинических проявлений; Инструментальная ремиссия; Компенсация внутри- и внешнесекреторных функций (по клиническим и инструментальным проявлениям); Устранение причин нарушения оттока панкреатического сока.	Клиническая ремиссия; Инструментальная ремиссия; Компенсация внутри- и внешнесекреторных функций (по клиническим и инструментальным проявлениям); Продолжительность ремиссии не менее 12 месяцев.
16.	Хронический колит	Купирование клинической картины заболевания.	Клиническая ремиссия; Нивелирование инструментальных и морфологических проявлений; Период ремиссии не менее 12 месяцев (ремиссия в данном случае – отсутствие эпизодов возникновения клинической симптоматики).
17.	Язвенный колит	Купирование клинической картины заболевания; Отсутствие осложнений.	Клиническая ремиссия; Нивелирование инструментальных и морфологических проявлений; Отсутствие осложнений; Период ремиссии не менее 14 месяцев (ремиссия в данном случае – отсутствие эпизодов возникновения клинической симптоматики).
18.	Псевдомембранозный колит	Купирование клиники; Нивелирование инструментальных и лабораторных проявлений; Отсутствие рецидивов; Отсутствие осложнений.	Отсутствие рецидивов.
19.	Синдром раздраженного кишечника	Купирование клинической картины заболевания.	Клиническая ремиссия; Период ремиссии не менее 12 месяцев (ремиссия в данном случае – отсутствие эпизодов возникновения клинической симптоматики).

В ходе исследования групп случаев оказания терапевтической помощи с дефектами и без дефектов установлено, что в обеих группах встречаются случаи с развитием осложнений, ассоциированных заболеваний, летальных исходов. В таблице 7 приведены нозологии, при которых не выявлена достоверная взаимосвязь между дефектами оказания терапевтической помощи и развитием осложнений, ассоциированной патологией и летальными исходами.

Нозологические формы, их осложнения и исходы, не имеющие связи с дефектами оказания терапевтической помощи

№	Нозологическая форма	Осложнения и исходы, не имеющие связи с медицинской помощью
1.	Ишемическая болезнь сердца	Инфаркт миокарда; Внезапная коронарная смерть.
2.	Варианты инфаркта миокарда: - «циркулярный» инфаркт миокарда; - повторный обширный инфаркт миокарда; - инфаркт миокарда, осложненный сложными нарушениями ритма и проводимости; -инфаркт миокарда, осложненный кардиогенным шоком; -инфаркт миокарда, осложненный левожелудочковой недостаточностью или тотальной сердечной недостаточностью; -инфаркт миокарда, осложненный отрывом сосочковых мышц; - случаи инфаркта миокарда при наличии тяжелой сопутствующей кардиальной патологии и патологии легких.	Летальный исход.
3.	Гипертоническая болезнь	- Инсульты, инфаркты миокарда, повреждения сетчатки глаза, поражения почек
4.	Пневмония	-Летальные исходы у пожилых, ослабленных больных, лиц с иммунодефицитом; -Осложнения при позднем обращении за помощью.
5.	Бронхиальная астма	-Тяжелое обострение, связанное с массивным контактом с аллергеном; -Летальные исходы при декомпенсации легочного сердца.
6.	Хроническая обструктивная болезнь легких	-Тяжелое течение заболевания; -Прогрессирование дыхательной недостаточности; -Летальные исходы при декомпенсации легочного сердца.
7.	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (при повторных обострениях)	- Эрозии пищевода; - Язва пищевода; - Пищевод Баррета.
8.	Хронический гастрит	- Кровотечение из эрозий в первую неделю лечения; - Развитие язвенной болезни в отдаленном периоде.
9.	Язвенная болезнь	- Осложнения в первую неделю лечения.
10.	Хронический вирусный гепатит	- Формирование цирроза печени.
11.	Цирроз печени	- Печёночная кома при декомпенсации; - Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и прямой кишки при декомпенсации; - Декомпенсация при субкомпенсированном циррозе печени; -Летальный исход при декомпенсированном циррозе печени.
12.	ЖКБ: хронический калькулезный холецистит	-Развитие хирургической патологии на фоне хронического процесса.
13.	Хронический панкреатит	-Развитие острого панкреатита на фоне хронического процесса; -Формирование кист; -Развитие внешнесекреторной недостаточности.
14.	Антибиотикассоциированная диарея	-Рецидив.
15.	Язвенный колит (в первые две-три недели активной терапии)	-Кровотечения; -Крипт-абсцессы; -Токсическая дилатация толстой кишки; -Перитониты.

Ввиду наличия большого числа положительных результатов в группах, где оказывалась терапевтическая помощь с дефектами, логично предположить, что далеко не все дефекты диагностики и лечения оказывают влияние на эффективность терапевтической помощи и исходы.

На следующем этапе исследования мы определили связь и степень влияния конкретных дефектов оказания терапевтической помощи на её исходы. Для чего разделили изучаемые случаи в рамках нозологии в соответствии с приведенными в таблице 6 критериями эффективности терапевтической помощи. В результате такого деления случаи вместе с дефектами разделились на группы эффективной и неэффективной терапевтической помощи. Дефекты оценивали в группах с использованием балльной шкалы, где 0 – положение рекомендаций (стандарта) выполнено, 1 – положение рекомендаций (стандарта) выполнено с дефектами (учитывались только следующие дефекты: дефекты, снижающие диагностическую ценность или терапевтическую эффективность метода применительно к данному заболеванию; дефекты, приводящие к ложным результатам диагностики), 2 – положение рекомендаций (стандарта) не выполнено. Далее проведена оценка различий частоты встречаемости каждого из дефектов в группах при помощи методов непараметрической статистики критериев Краскела-Уоллеса и Манна-Уитни.

Следует подчеркнуть, что во всех случаях ведомственные и вневедомственные заключения о качестве содержали те же дефекты, что были выявлены нами в ходе исследования первичных медицинских документов, содержали не только подробное описание дефектов, но и сравнение со стандартами и рекомендациями по диагностике и лечению, что существенно облегчало работу с медицинскими документами.

По результатам нашего исследования гипотеза о том, что не все дефекты оказывают влияние на эффективность медицинской помощи, её исходы, нашла достоверное подтверждение. Если частота дефектов исполнения одних положений рекомендаций (стандарта) при эффективной и неэффективной помощи была равной или дефекты чаще встречались в группе эффективной медицинской помощи, мы считали, что данные дефекты не оказывают влияния на эффективность медицинской помощи. Если же дефекты достоверно чаще встречались в группе неэффективной медицинской помощи, то они расценивались как дефекты, влияющие на эффективность медицинской помощи.

Благодаря такому подходу мы выделили дефекты диагностики и лечения, которые достоверно снижают эффективность медицинской помощи и определяют исходы. Далее мы оценили степень влияния дефектов диагностики и лечения на эффективность медицинской помощи и исходы посредством вычисления диагностического коэффициента (ДК) и информативности (J). Результаты данного раздела работы представлены в виде таблиц для каждой из изучаемых нозологических форм (таблицы 8-26).

Таблица 8

Диагностический коэффициент и информативность дефектов, снижающих эффективность терапевтической помощи при стенокардии напряжения

№	Показатель	ДК	Ј
Дефекты диагностики			
1.	Дефекты сбора жалоб	2,53	0,10
2.	Дефекты сбора анамнеза	1,86	0,05
3.	ЭКГ при поступлении и в динамике: не выполнена, выполнена с дефектами	20,97	1,30
4.	ХолтерЭКГ: не выполнена, выполнена с дефектами	26,02	5,19
5.	Велоэргометрия: не выполнена, выполнена с дефектами	10,52	1,80
6.	Эхокардиография: не выполнена, выполнена с дефектами	6,61	0,77
7.	Коронарография: не выполнена, выполнена с дефектами	23,01	2,29
8.	Исследование липидного спектра: не выполнено, выполнено с дефектами	25,74	4,81
Дефекты лечения			
9.	Нитраты короткого действия: не назначены, назначены неадекватно	24,77	3,70
10.	Терапия, профилактирующая тромботические осложнения: не проводилась, проводилась неадекватно	24,77	3,70
11.	Нитраты пролонгированные: не назначены (при наличии показаний), назначены неадекватно	7,86	1,31
12.	Бета-адреноблокаторы: не назначены (при наличии показаний), назначены неадекватно	7,86	1,31
13.	Статины или иная гиполипидемическая терапия: не назначена, назначена неадекватно	13,38	4,63
14.	Отсутствие коррекции гиполипидемической терапии в зависимости от липидного спектра	5,36	0,43
15.	Кардиохирургическое лечение: не рекомендовано (при наличии показаний)	26,02	5,19

Таблица 9

Диагностический коэффициент и информативность дефектов, снижающих эффективность терапевтической помощи при инфаркте миокарда

№	Показатель	ДК	Ј
Дефекты диагностики			
1.	Дефекты сбора жалоб, анамнеза	1,24	0,02
2.	Дефекты осмотра больного	6,76	2,25
3.	ЭКГ при поступлении и в динамике: не выполнена, выполнена с дефектами	27,21	7,15
4.	Общий анализ крови (в динамике): не выполнен, выполнен с дефектами	20,22	1,05
5.	Исследование маркеров некроза кардиомиоцитов: не проведено, проведено с дефектами	26,24	5,51
6.	Эхокардиография: не выполнена, выполнена с дефектами	24,99	3,93
7.	Несвоевременная диагностика или отсутствие диагностики осложнений инфаркта миокарда, увеличения размеров зоны некроза и повреждения	26,24	5,51
8.	Коронарография (при наличии показаний): не выполнена, выполнена с дефектами	24,99	3,93
9.	Исследование липидного спектра: не выполнено, выполнено с дефектами	8,99	1,86
10.	Рентгенография органов грудной клетки: не выполнена, выполнена с дефектами	3,76	0,92

Дефекты лечения			
11.	Тромблизис: не проводился, проводился с дефектами	4,55	1,25
12.	Дефекты при купировании болевого синдрома (в т.ч. отсутствие лечения)	2,51	0,29
13.	Дефекты в лечении осложнений (в т.ч. отсутствие лечения)	8,51	3,08
14.	Кардиохирургическое лечение: не рекомендовано (при наличии показаний)	4,55	1,25

Таблица 10

Диагностический коэффициент и информативность дефектов, снижающих эффективность терапевтической помощи при эссенциальной артериальной гипертензии

№	Показатель	ДК	Ј
Дефекты диагностики			
1.	Дефекты сбора жалоб	2,52	0,12
2.	Дефекты сбора анамнеза	2,20	0,09
3.	Измерения артериального давления: не проводились, проводились с дефектами	25,03	3,97
4.	Суточный мониторинг артериального давления: не проводился, проводился с дефектами	25,03	3,97
5.	ЭКГ: не выполнена, выполнена с дефектами	21,80	1,64
6.	Эхокардиография: не выполнена, выполнена с дефектами	22,94	2,25
7.	Осмотр глазного дна: не выполнен, выполнен с дефектами	21,80	1,64
8.	Исследование азотистых шлаков: не выполнено	2,52	0,12
Дефекты лечения			
9.	Диетические рекомендации: не даны	4,08	0,47
10.	Гипотензивная терапия не обеспечивает достижение целевого артериального давления	28,96	11,40
11.	Гипотензивная терапия не обеспечивает целевого артериального давления при наблюдении в динамике	29,05	11,65
12.	Терапия, профилактирующая тромботические осложнения: не проводилась, проводилась неадекватно	6,77	1,13
13.	Наблюдение в динамике за органами-мишенями: отсутствует, выполняется не в полном объеме	6,11	1,12

Таблица 11

Диагностический коэффициент и информативность дефектов, снижающих эффективность терапевтической помощи при хронической обструктивной болезни легких

№	Показатель	ДК	Ј
Дефекты диагностики			
1.	Дефекты сбора жалоб	3,09	0,24
2.	Дефекты сбора анамнеза	2,43	0,16
3.	Дефекты осмотра больного	2,43	0,16
4.	Общий анализ крови первично и в динамике: не проведен, выполнен с дефектами	1,85	0,09
5.	Показатели функции внешнего дыхания: не исследованы, исследованы с дефектами	26,99	6,73
6.	Рентгенография органов грудной клетки: не проведена, проведена с дефектами	9,19	1,71
7.	ЭКГ: не выполнена, выполнена с дефектами	7,72	0,49

8.	Эхокардиография: не проведена, проведена с дефектами	9,48	0,97
Дефекты лечения			
9.	Антибактериальная терапия: не назначена, назначена неадекватно	26,99	6,73
10.	Отхаркивающие средства: не назначены, назначены неадекватно	7,81	1,00
11.	Пролонгированные бронхолитики: не назначены, назначены неадекватно	25,85	4,96
12.	Блокаторы кальциевых каналов: не назначены (при наличии показаний), назначены неадекватно	20,62	1,18
13.	Коррекция лечения в зависимости от показателей функции внешнего дыхания в динамике не осуществлялась	25,85	4,96

Таблица 12

Диагностический коэффициент и информативность дефектов, снижающих эффективность терапевтической помощи при внебольничной пневмонии

№	Показатель	ДК	Ж
Дефекты диагностики			
1.	Дефекты сбора жалоб	3,36	0,26
2.	Дефекты сбора анамнеза	0,73	0,01
3.	Дефекты осмотра больного	12,49	3,47
4.	Общий анализ крови первично и в динамике: не проведен, проведен с дефектами	9,53	0,65
5.	Рентгенография органов грудной клетки первично и в динамике: не проведена, проведена с дефектами	25,55	4,57
6.	Бактериологическое исследование мокроты: не проведено, выполнено с дефектами	4,89	1,48
7.	ЭКГ при поступлении: не выполнена, выполнена с дефектами	4,00	0,25
8.	Компьютерная томография органов грудной клетки при наличии показаний: не выполнена, выполнена с дефектами	4,51	0,34
Дефекты лечения			
9.	Антибактериальная терапия: не проводилась, проводилась неадекватно (препараты назначены в низких дозах, без учета микрофлоры)	29,53	13,24
10.	Отхаркивающие или муколитики: не назначены, назначены неадекватно	6,31	1,18
11.	Дезинтоксикационная терапия (при наличии показаний): не проводилась, проводилась неадекватно	3,85	0,67
12.	Жаропонижающие: не назначены	3,66	0,59
13.	Отсутствие рентгенологического контроля в динамике	25,55	4,57
14.	Отсутствие коррекции лечения по результатам клинического и рентгенологического контроля в динамике	29,00	11,51

Таблица 13

Диагностический коэффициент и информативность дефектов, снижающих эффективность терапевтической помощи при бронхиальной астме

№	Показатель	ДК	Ж
Дефекты диагностики			
1.	Дефекты сбора жалоб	4,03	0,36
2.	Дефекты сбора анамнеза	4,51	0,40
3.	Дефекты осмотра больного	2,79	0,19
4.	Общий анализ крови: не выполнен, выполнен с дефектами	5,09	0,55
5.	Показатели функции внешнего дыхания: не исследованы, исследованы с дефектами	13,29	2,73
6.	Рентгенография органов грудной клетки: не выполнена	20,71	1,21
7.	Бронхоскопия (при наличии показаний): не выполнена	18,94	0,73

Дефекты лечения			
8.	Базисная терапия: не проводилась (при наличии показаний), проводилась неадекватно (не обеспечивала контроль над астмой)	16,94	8,30
9.	Бронхолитики короткого действия: не назначены, назначены неадекватно	13,09	2,56
10.	Пролонгированные бронхолитики (при наличии показаний): не назначены, назначены неадекватно	14,18	3,61
11.	Ксантины (при наличии показаний): не назначены, назначены неадекватно	7,23	1,21
12.	Коррекция схемы лечения по клиническим и инструментальным данным в динамике не проводилась (контроль над астмой отсутствует)	13,20	5,17

Таблица 14

Диагностический коэффициент и информативность дефектов, снижающих эффективность медицинской помощи при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

№	Показатель	ДК	Ј
Дефекты диагностики			
1.	Фиброгастроуденоскопия: не проведена, проведена с дефектами	25,19	4,14
2.	Рентгеноскопия пищевода, желудка (при наличии показаний): не проведена, проведена с дефектами	13,62	3,00
3.	Биопсийные исследования слизистой оболочки пищевода (при наличии показаний): не проведены	18,45	0,64
4.	рН-метрия (при наличии показаний): не проведена, проведена с дефектами	1,60	0,19
Дефекты лечения			
5.	Антисекреторная терапия: не проводилась, проводилась неадекватно	23,01	2,29
6.	Прокинетики: не использовались, использовались неадекватно	11,46	1,49
7.	Антациды: не применялись	10,79	1,19
8.	Рекомендации не даны или даны неадекватно	3,36	0,35
9.	Отсутствие инструментального контроля после лечения	5,44	0,14

Таблица 15

Диагностический коэффициент и информативность дефектов, снижающих эффективность медицинской помощи при хронических гастритах и дуоденитах

№	Показатель	ДК	Ј
Дефекты диагностики			
1.	Фиброгастроуденоскопия: не проведена, проведена с дефектами	14,89	6,47
2.	Рентгеноскопия пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки (при наличии показаний): не проведена, проведена с дефектами	8,40	2,12
3.	Биопсийные исследования слизистой оболочки желудка: не выполнены, выполнены с дефектами	6,68	2,42
4.	НР-инфекция (при наличии показаний): не выявлялась, выявлялась с дефектами	12,72	4,86
5.	На предмет описторхоза не обследован	20,62	1,18
6.	Дуоденогастральный рефлюкс не диагностирован	8,40	2,12
Дефекты лечения			
7.	Антисекреторная терапия: не проводилась, проводилась неадекватно	14,09	2,62
8.	Эрадикационная терапия: не проведена (при наличии показаний), проведена неадекватно	9,01	1,36
9.	Прокинетики: не назначены (при наличии показаний), назначены неадекватно	9,01	1,36
10.	Рекомендации по диете: не даны, даны неадекватно	9,66	0,60

Таблица 16

Диагностический коэффициент и информативность дефектов, снижающих эффективность медицинской помощи при язвенной болезни

№	Показатель	ДК	Ж
Дефекты диагностики			
1.	Фиброгастродуоденоскопия: не проведена, проведена с дефектами	17,13	4,57
2.	Рентгеноскопия пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки (при наличии показаний): не проведена, проведена с дефектами	9,84	2,07
3.	Биопсийные исследования слизистой оболочки желудка: не выполнены, выполнены с дефектами	7,10	1,97
4.	НР-инфекция (при наличии показаний): не выявлялась, выявлялась с дефектами	10,74	1,72
Дефекты лечения			
5.	Антисекреторная терапия: не проводилась, проводилась неадекватно	23,20	2,43
6.	Эрадикационная терапия: не проведена (при наличии показаний), проведена неадекватно	12,20	2,81
7.	Прокинетики: не назначены (при наличии показаний), назначены неадекватно	10,74	1,72
8.	Рекомендации по диете: не даны, даны неадекватно	13,54	1,54

Таблица 17

Диагностический коэффициент и информативность дефектов, снижающих эффективность медицинской помощи при хроническом вирусном гепатите

№	Показатель	ДК	Ж
Дефекты диагностики			
1.	Маркеры синдрома цитолиза: не исследованы, исследованы не в полном объеме	24,70	3,63
2.	Маркеры холестаза: не исследованы, исследованы в неполном объеме	23,28	2,46
3.	Маркеры мезенхимального воспаления: не исследованы, исследованы с дефектами	1,76	0,10
4.	Маркеры печеночно-клеточной недостаточности: не исследованы, исследованы с дефектами	1,76	0,10
5.	Маркеры вирусного гепатита: не исследованы, исследованы с дефектами	7,98	1,94
6.	ПЦР-диагностика наличия вируса в крови или в биоптатах печени не проводилась	9,49	1,74
7.	Не обследован на предмет конкурирующего заболевания печени	8,96	1,43
8.	УЗИ абдоминальное: не выполнено, выполнено с дефектами	2,36	0,12
Дефекты лечения			
9.	Рекомендации по дальнейшему лечению: не даны, даны неадекватно	7,48	0,80
10.	Специфическая противовирусная терапия: не проводилась, проводилась неадекватно	11,97	4,09
11.	Базисная терапия: не проводилась, проводилась с дефектами	7,26	2,15
12.	Отсутствие лабораторного и инструментального контроля в динамике	8,96	1,43

Таблица 18

Диагностический коэффициент и информативность дефектов, снижающих эффективность медицинской помощи при циррозе печени

№	Показатель	ДК	Ј
Дефекты диагностики			
1.	Общий анализ крови: не выполнен, выполнен с дефектами	4,09	0,29
2.	Маркеры синдрома цитолиза и холестаза не исследованы	37,10	2,16
3.	Маркеры синдрома мезенхимального воспаления и печеночно-клеточной недостаточности не исследованы	7,68	0,42
4.	Белковые фракции не исследованы	7,68	0,42
5.	Биопсийные исследования (при наличии показаний): не проведены или выполнены с дефектами	8,86	2,70
6.	УЗИ абдоминальное: не выполнено, выполнено с дефектами (отсутствует описание структуры печени, размеров портальной вены и селезенки, асцита)	40,11	4,68
7.	Фиброгастроуденоскопия: не проведена, проведена с дефектами (не описано состояние вен пищевода)	10,11	3,20
8.	Ректороманоскопия: не проведена, проведена с дефектами (ректальные вены не описаны)	8,86	2,70
Дефекты лечения			
9.	Рекомендации по диете: не даны, даны с дефектами	10,11	1,07
10.	Коррекция портальной гипертензии: не проводилась, проводилась в недостаточном объеме	43,42	10,86
11.	Коррекция печеночной энцефалопатии: не проводилась, проводилась не в полном объеме	14,89	5,04
12.	Профилактика бактериальных осложнений: не проводилась, проводилась неадекватно	40,11	4,68
13.	Препараты для разрешения холестаза (при наличии показаний): не применялись, применялись неадекватно	40,41	5,05
14.	Отсутствие инструментального и лабораторного контроля в динамике	40,41	5,05

Таблица 19

Диагностический коэффициент и информативность дефектов, снижающих эффективность медицинской помощи при хроническом холецистите

№	Показатель	ДК	Ј
Дефекты диагностики			
1.	Общий анализ крови: не выполнен, выполнен с дефектами	24,35	3,39
2.	Биохимические маркеры (поражение билиарного тракта, поджелудочной железы): не исследованы, исследованы с дефектами	7,47	1,30
3.	УЗИ абдоминальное: не проведено, выполнено с дефектами	25,28	4,35
4.	УЗИ с исследованием функции билиарного тракта: не проведено, проведено с дефектами	10,09	3,53
5.	Фиброгастроуденоскопия с осмотром большого дуоденального сосочка: не проводилась, выполнена с дефектами	9,82	3,21
6.	Дуоденальное зондирование не выполнено	14,07	4,48
7.	Описторхоз не выявлялся	24,25	3,29
Дефекты лечения			
8.	Рекомендации по диете: не даны, даны с дефектами	6,07	1,39
9.	Терапия спазмолитическими средствами миотропного действия: не проводилась, проводилась неадекватно	20,45	1,15

10.	Антибактериальная терапия (при наличии показаний): не проводилась, проводилась неадекватно	26,18	5,55
11.	Лечение описторхоза не проводилось (при наличии показаний)	23,31	2,55
12.	По завершении курса терапии спазмолитиками не проведена коррекция дискинетических расстройств билиарного тракта	11,63	2,05
13.	Отсутствие инструментального контроля по окончанию терапии	5,68	1,54

Таблица 20

Диагностический коэффициент и информативность дефектов, снижающих эффективность медицинской помощи при хроническом калькулезном холецистите

№	Показатель	ДК	Ж
Дефекты диагностики			
1.	Общий анализ крови: не выполнен, выполнен с дефектами	33,58	1,09
2.	Биохимическое исследование крови (маркеры – поражение билиарного тракта, поджелудочной железы): не исследовано, исследовано с дефектами	34,83	1,51
3.	УЗИ абдоминальное: не проведено, выполнено с дефектами	39,23	4,69
4.	Фиброгастродуоденоскопия с осмотром большого дуоденального сосочка и постбульбарных отделов двенадцатиперстной кишки: не проведена, выполнена с дефектами	6,77	1,45
5.	Эндоскопическая ретроградная холецисто-панкреатохолангиография (ЭРХПГ): не проведена (при наличии показаний)	2,55	0,32
6.	Компьютерная томография: не проведена (при наличии показаний)	6,94	0,78
7.	На наличие описторхоза не обследован	6,22	1,13
Дефекты лечения			
8.	Терапия спазмолитиками: не проводилась, проводилась неадекватно	34,83	1,51
9.	Антибактериальная терапия: не проводилась (при наличии показаний), проводилась неадекватно	25,41	4,41
10.	Рекомендации по диете: не даны, даны неадекватно	9,23	0,97
11.	Отсутствие инструментального контроля за результатами лечения	5,80	1,16
12.	Литолитическая терапия (при наличии показаний): не проведена, проведена неадекватно	13,13	3,66
13.	Оперативное лечение (при наличии показаний): не назначено, консультаций хирурга не проведено	39,23	4,69

Таблица 21

Диагностический коэффициент и информативность дефектов, снижающих эффективность медицинской помощи при дисфункции сфинктера Одди

№	Показатель	ДК	Ж
Дефекты диагностики			
1.	Маркеры синдрома цитолиза: не исследованы, исследованы не в полном объеме	9,36	0,80
2.	Маркеры холестаза: не исследованы, исследованы в неполном объеме	11,24	1,54
3.	Маркеры повреждения поджелудочной железы: не исследованы	11,84	1,88
4.	УЗИ абдоминальное: не проведено, выполнено с дефектами	12,05	2,02
5.	УЗИ с исследованием функции билиарного и панкреатического трактов: не проведено, проведено с дефектами	9,79	2,71
6.	Фиброгастродуоденоскопия с осмотром большого дуоденального сосочка и постбульбарных отделов двенадцатиперстной кишки: не проведена, выполнена с дефектами	11,07	2,85
7.	Биопсия из фатерова сосочка (при наличии показаний): не проведена	7,93	0,90

8.	Эндоскопическая ретроградная холецисто-панкреатохолангиография (ЭРХПГ): не проведена (при наличии показаний)	2,70	0,17
Дефекты лечения			
9.	Рекомендации по диете: не даны, даны неадекватно	9,36	0,80
10.	Терапия спазмолитическими средствами миотропного действия: не проводилась, проводилась неадекватно	21,64	1,60
11.	Антибактериальная терапия: не проводилась, проводилась неадекватно	22,12	1,83
12.	При наличии описторхоза дегельминтизация не проведена	21,37	1,49
13.	Не проведено лечение стеноза большого дуоденального сосочка – эндоскопическая папиллосфинктеротомия	21,37	1,49
14.	Терапия сопутствующего дистального дуоденита не проводилась	21,64	1,60
15.	Отсутствие инструментального контроля	8,33	1,05

Таблица 22

Диагностический коэффициент и информативность дефектов, снижающих эффективность медицинской помощи при хроническом панкреатите

№	Показатель	ДК	Ј
Дефекты диагностики			
1.	Общий анализ крови первично и в динамике: не проведен, проведен с дефектами	20,55	1,18
2.	Альфа-амилаза крови и диастаза мочи первично и в динамике: не исследованы, исследованы с дефектами	24,86	3,87
3.	Глюкоза крови первично и в динамике: не исследована	16,92	0,42
4.	УЗИ абдоминальное: не проведено, проведено с дефектами	24,38	3,40
5.	Фиброгастродуоденоскопия с осмотром большого дуоденального сосочка: не проведена, выполнена с дефектами	12,29	4,18
6.	ЭРХПГ не проведена (при наличии показаний)	9,19	0,73
7.	Компьютерная томография органов брюшной полости: не проведена (при наличии показаний)	8,33	0,53
8.	Тесты на наличие мальабсорбции и мальдигестии: не проведены, проведены с дефектами	10,01	1,92
9.	Патогенетический вариант панкреатита: не установлен	15,20	5,32
Дефекты лечения			
10.	Рекомендации по диете: не даны, даны неадекватно	22,50	2,03
11.	Подавление секреторной активности поджелудочной железы: не проводилось, проводилось недостаточно	25,29	4,35
12.	Ингибиторы секреции желудка: не назначены, назначены неадекватно	24,11	3,16
13.	Панкреатические ферменты: не назначены, назначены неадекватно	23,54	2,70
14.	Октреотид (при наличии показаний): не применялся	24,62	3,63
15.	Разрешение панкреатической гипертензии: не проводилось, проводилось с дефектами	24,38	3,40
16.	Спазмолитики: не назначены, назначены неадекватно	24,86	3,87
17.	Антибактериальная терапия: не проводилась, проводилась неадекватно	25,08	4,11
18.	Причины обструктивного панкреатита: не устранены	25,87	5,09
19.	Профилактика и лечение системных поражений: не проводились	13,08	2,76
20.	Отсутствие инструментального контроля в динамике	24,86	3,87
21.	Рекомендации не содержат информации о дальнейшем медикаментозном лечении	11,32	1,55

Таблица 23

Диагностический коэффициент и информативность дефектов, снижающих эффективность медицинской помощи при синдроме раздраженного кишечника

№	Показатель	ДК	Ј
Дефекты диагностики			
1.	Ректороманоскопия: не проводилась	36,41	3,79
2.	Фиброколоноскопия: не проводилась	41,72	14,78
3.	Биопсийные исследования слизистой оболочки кишечника: не проводились	9,63	3,76
4.	Ирригоскопия: не проводилась	38,96	7,30
5.	Кал на дисбактериоз: не исследован	41,18	12,87
6.	Кал на наличие паразитов: не исследован	12,43	4,88
7.	Консультация психотерапевта или психиатра: не проведена	41,97	15,74
Дефекты лечения			
8.	Психотропные препараты при необходимости: не использовались, произведено неадекватное уменьшение доз или отмена психотропных препаратов в процессе лечения	40,88	11,92
9.	Медикаментозная коррекция моторики кишечника: не проводилась, проводилась неадекватно	40,21	10,05
10.	Коррекция состава кишечной микрофлоры не проводилась или проводилась неадекватно	41,18	12,87
11.	Рекомендации не содержат информации о дальнейшем медикаментозном лечении	8,96	2,93

Таблица 24

Диагностический коэффициент и информативность дефектов, снижающих эффективность медицинской помощи при хронических колитах

№	Показатель	ДК	Ј
Дефекты диагностики			
1.	Общий анализ крови: не выполнен, выполнен с дефектами	4,93	0,19
2.	Ректороманоскопия: не проводилась	4,55	0,45
3.	Фиброколоноскопия: не проводилась	39,32	6,01
4.	Биопсийные исследования слизистой оболочки кишечника: не проводились	41,70	11,00
5.	Ирригоскопия: не проводилась	10,67	2,03
6.	Кал на дисбактериоз: не исследован, исследован с дефектами	11,21	2,45
7.	Кал на наличие паразитов: не исследован	9,32	1,26
Дефекты лечения			
8.	Коррекция моторики кишечника: не проводилась, проводилась с дефектами	34,93	1,94
9.	Антибактериальная терапия: не проведена, проведена неверно	41,92	11,64
10.	Коррекция состава кишечной микрофлоры: не проводилась, проводилась неадекватно	41,70	11,00
11.	Препараты для воздействия на воспалительный процесс в слизистой оболочке кишечника (при наличии показаний): не применялись, применялись неадекватно	39,32	6,01

Таблица 25

Диагностический коэффициент и информативность дефектов, снижающих эффективность медицинской помощи при псевдомембранозном колите

№	Показатель	ДК	Ж
Дефекты диагностики			
1.	Общий анализ крови: не выполнен, выполнен с дефектами	33,31	2,38
2.	Ректороманоскопия: не проводилась	35,74	4,47
3.	Фиброколоноскопия: не проводилась	38,75	9,69
4.	Биопсийные исследования слизистой оболочки кишечника: не проводились	39,84	12,81
5.	Копрограмма: не проводилась	35,07	3,76
6.	Кал на дисбактериоз: не исследован, исследован с дефектами	37,70	7,40
7.	Кал на скрытую кровь: не исследован	36,83	5,92
Дефекты лечения			
8.	Антибактериальная терапия: не проводилась, проводилась неадекватно	39,33	11,24
9.	Коррекция состава кишечной микрофлоры: не проводилась, проводилась неадекватно	37,70	7,40
10.	Препараты пребиотиков: не назначены, назначены неадекватно	38,43	8,92
11.	Отсутствие инструментального контроля	39,05	10,46
12.	Отсутствие рекомендаций по лечению и диете	6,58	1,56

Таблица 26

Диагностический коэффициент и информативность дефектов, снижающих эффективность медицинской помощи при язвенном колите

№	Показатель	ДК	Ж
Дефекты диагностики			
1.	Общий анализ крови: не выполнен, выполнен с дефектами	36,46	3,84
2.	Ректороманоскопия: не проводилась	38,89	7,16
3.	Фиброколоноскопия: не проводилась	39,47	8,31
4.	Биопсийные исследования слизистой кишечника: не проводились	41,23	13,02
5.	Ирригоскопия: не проводилась	37,42	4,92
6.	Кал на наличие паразитов: не исследован	5,21	0,29
Дефекты лечения			
7.	Противовоспалительная терапия (сульфаниламидами, глюкокортико-стероидами, азатиоприном): не проводилась, проводилась неадекватно	41,90	15,43
8.	Антибактериальная терапия: не проведена, проведена неадекватно	41,23	13,02
9.	Отсутствие инструментального контроля в динамике	40,85	11,82
10.	Отсутствие рекомендаций по диете и лечению	7,42	0,80

Таким образом, в рамках 20 нозологических форм выявлены дефекты, снижающие клиническую эффективность терапевтической помощи, установлена значимость их влияния на исход. Экспертам при проведении экспертизы случаев оказания терапевтической помощи следует учитывать именно такие дефекты, поскольку они имеют связь с формированием неблагоприятного исхода.

Как установлено в ходе исследования, большинство случаев терапевтической помощи, направленных на экспертизу, предполагает одновременно наличие нескольких дефектов. В ходе экспертизы требуется оценить влияние совокупности дефектов на клиническую эффективность терапевтической помощи. Решение данной задачи возможно посредством разработки математической модели, позволяющей прогнозировать наиболее вероятный исход в зависимости от

имеющих место дефектов оказания терапевтической помощи. Для чего мы использовали показатель накопленной информативности случая – алгебраическую сумму информативностей дефектов, имеющих место в конкретном случае. Накопленная информативность рассчитывалась для всех случаев в рамках каждой нозологии, затем, используя данные о фактическом исходе случая, посредством бинарной логистической регрессии мы установили числовые границы накопленной информативности, отражающие наиболее вероятный исход (таблицы 27-31). Таким образом, используя сведения о дефектах оказания терапевтической помощи, рассчитав накопленную информативность случая, можно спрогнозировать наиболее вероятный исход.

Далее мы проверили, насколько точно наш метод позволяет прогнозировать эффективность медицинской помощи. По каждой из изученных нозологий из базы экспертиз ООО «МСК «АСКО-ЗАБОТА» случайным образом сформированы 20 проверочных выборок от 20 до 60 случаев оказания терапевтической помощи. В каждом случае мы знали дефекты оказания терапевтической помощи и, посредством возможностей страховой компании, выявили результаты оказания помощи (за 24 мес.). Затем применили нашу методику и установили, что в 85-96% случаев прогнозируемые по нашей методике исходы оказания терапевтической помощи совпали с результатами, выявленными при проверке медицинской документации в ходе проспективного наблюдения случаев (фактическим исходом).

Таким образом, можно установить связь между дефектами диагностики и лечения с исходом оказания терапевтической помощи посредством оценки фактического исхода и дефектов. На основании имеющихся дефектов прогнозируется наиболее вероятный исход, сравнение которого с фактическим исходом позволяет судить о влиянии допущенных дефектов диагностики и лечения на исход оказания терапевтической помощи.

Коротко остановимся на вопросе об установлении наличия вреда здоровью в случаях оказания терапевтической помощи. Мы в рамках нашего исследования выделили все случаи ятрогенной патологии в отдельную группу и проанализировали причины возникновения ятрогенного заболевания. Всего выявлено 100 случаев. Причинами возникновения ятрогенного заболевания послужили: 52% – побочные эффекты лекарственных средств; 21% – аллергические реакции на лекарственные препараты и их комбинации (в т.ч. 8% на контрасты для исследований); 11% – развитие осложнений инвазивных диагностических процедур (4% по вине медицинских работников); 7% – ятрогенная патология, связанная с неправильным подбором дозы лекарственных препаратов лечащим врачом; 5% – индивидуальная непереносимость лекарственных средств (в т.ч. 3% контрастов для исследований); 4% – осложнения от внутримышечных и внутривенных инъекций (1% тромбоз лучевой вены, 3% – абсцесс ягодичной области, в 2% выявлены нарушения в работе среднего медицинского персонала). В ходе анализа данных случаев установлено, что только в 13% случаев ятрогенная патология развилась в результате неправильных действий медицинских работников: врачей и среднего медицинского персонала. В 87% ятрогенная патология не имеет связи с действиями медицинского персонала.

Таблица 27

Границы накопленной информативности для случаев оказания терапевтической помощи по поводу болезней органов сердечно-сосудистой системы, отражающие эффективность медицинской помощи

Прогнозируемый исход		Показатель накопленной информативности					
		ИБС: стенокардия напряжения		ИБС: инфаркт миокарда		Гипертоническая болезнь	
Ближайший период	Отдаленный период	Диагностика	Лечение	Диагностика	Лечение	Диагностика	Лечение
<i>Неблагоприятный</i>	<i>Неблагоприятный</i>	11,9 и более	16,58 и более	16,58 и более	3,38 и более	9,72 и более	14,37 и более
Возможны как неблагоприятный, так и благоприятный исходы	<i>Неблагоприятный</i>	6,32 – 11,8	10,31 – 16,57	6,11 – 16,57	1,26 – 3,37	7,99 – 9,71	13,25 – 14,36
Благоприятный	Возможны как неблагоприятный, так и благоприятный исходы	0,93 – 6,31	2,63 – 10,30	2,79 – 6,10	0,01 – 1,25	0,34 – 7,98	1,60 – 13,24
Благоприятный	Благоприятный	0,00 – 0,92	0,00 – 2,62	0,00 – 2,78	0,00	0,00 – 0,33	0,00 - 1,59

Таблица 28

Границы накопленной информативности для случаев оказания терапевтической помощи по поводу болезней органов дыхания, отражающие эффективность медицинской помощи

Прогнозируемый исход		Показатель накопленной информативности					
		Пневмония		Бронхиальная астма		Хроническая обструктивная болезнь легких	
Ближайший период	Отдаленный период	Диагностика	Лечение	Диагностика	Лечение	Диагностика	Лечение
<i>Неблагоприятный</i>	<i>Неблагоприятный</i>	8,04 и более	13,24 и более	3,79 и более	10,87 и более	4,27 и более	8,92 и более
Возможны как неблагоприятный, так и благоприятный исходы	<i>Неблагоприятный</i>	3,00 – 8,03	2,45 – 13,23	2,69 – 3,78	6,4 – 10,86	3,30 – 4,26	4,97 – 8,91
Благоприятный	Возможны как неблагоприятный, так и благоприятный исходы	0,00 – 2,99	0,00 – 2,44	1,69 – 2,68	1,49 – 6,3	1,01 – 3,29	1,01 – 4,96
Благоприятный	Благоприятный			0,00 – 1,68	0,00 – 1,48	0,00 – 1,00	0,00 – 1,00

Таблица 29

Границы накопленной информативности для случаев оказания терапевтической помощи по поводу болезней пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, отражающие эффективность медицинской помощи

Прогнозируемый исход		Показатель накопленной информативности					
		Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь		Хронический гастрит и хронический дуоденит		Язвенная болезнь	
Ближайший период	Отдаленный период	Диагностика	Лечение	Диагностика	Лечение	Диагностика	Лечение
<i>Неблагоприятный</i>	<i>Неблагоприятный</i>	7,98	более 4,98	более 12,20	более 3,91	более 6,64	более 4,15
Возможны как неблагоприятный, так и благоприятный исходы	<i>Неблагоприятный</i>	3,84 – 7,97	2,69- 4,97	5,43 – 12,19	3,33 - 3,90	4,58 – 6,63	2,82 – 4,14
Благоприятный	Возможны как неблагоприятный, так и благоприятный исходы	0,84 – 3,83	0,50 – 2,68	1,19 – 5,42	0,61 – 3,32	1,98 – 4,57	1,55 – 2,81
Благоприятный	Благоприятный	0,83	0,49	1,18	0,60	1,97	1,54

Таблица 30

Границы накопленной информативности для случаев оказания терапевтической помощи по поводу болезней печени и желчевыводящих путей, отражающие эффективность медицинской помощи

Прогнозируемый исход		Показатель накопленной информативности									
		Хронический вирусный гепатит		Цирроз печени		Хронический холецистит		ЖКБ: хронический калькулезный холецистит		Дисфункция сфинктера Одди	
Ближайший период	Отдаленный период	Диагностика	Лечение	Диагностика	Лечение	Диагностика	Лечение	Диагностика	Лечение	Диагностика	Лечение
<i>Неблагоприятный</i>	<i>Неблагоприятный</i>	более 9,78	более 5,53	более 11,01	более 20,59	более 19,25	более 11,7	более 7,29	более 10,21	более 9,13	более 5,03
Возможны как неблагоприятный, так и благоприятный исходы	<i>Неблагоприятный</i>	3,68 – 9,77	2,24 – 5,52	6,75 – 11,00	7,25 – 20,58	11,22 – 19,24	6,15 – 11,69	5,20 – 7,28	3,65 – 10,207	4,08 – 9,12	4,15 – 5,02
Благоприятный	Возможны как неблагоприятный, так и благоприятный исходы	1,56 – 3,67	0,01 – 2,23	1,33 – 6,74	0,01 – 7,24	1,31 – 11,22	1,42 – 6,14	2,24 – 5,19	1,17 – 3,64	1,71 – 4,07	1,61 – 4,14
Благоприятный	Благоприятный	0,00-1,55	0,00	0,00-1,32	0,00	0,00-1,30	0,00-1,41	0,00 - 2,23	0,00 - 1,16	0,00 - 1,70	0,00 - 1,60

Таблица 31

Границы накопленной информативности для случаев оказания терапевтической помощи по поводу болезней поджелудочной железы и толстой кишки, отражающие эффективность медицинской помощи

Прогнозируемый исход		Показатель накопленной информативности									
		Хронический панкреатит		Хронический колит		Язвенный колит		Псевдомембранозный колит		Синдром раздраженной кишки	
Ближайший период	Отдаленный период	Диагностика	Лечение	Диагностика	Лечение	Диагностика	Лечение	Диагностика	Лечение	Диагностика	Лечение
		<i>Неблагоприятный</i>	<i>Неблагоприятный</i>	более 16,78	более 17,09	более 19,47	более 22,65	более 29,23	более 28,06	более 39,62	более 20,17
Возможны как неблагоприятный, так и благоприятный исходы	<i>Неблагоприятный</i>	3,61 – 16,77	6,64 – 17,08	6,39 – 19,46	7,96 – 22,64	12,38 – 29,22	13,83 – 28,05	21,56 – 39,61	19,43 – 20,16	14,86 – 44,55	12,98 – 27,72
Благоприятный	Возможны как неблагоприятный, так и благоприятный исходы	1,69 – 3,60	3,59 – 6,63	0,65 – 6,38	1,95 – 7,95	0,30 – 12,37	0,81 – 13,82	8,31 – 21,55	1,57 – 19,42	3,80 – 14,85	2,93 – 12,98
Благоприятный	Благоприятный	0,00- 1,68	0,00- 3,58	0,00- 0,64	0,00- 1,94	0,00- 0,29	0,00- 0,80	0,00- 8,30	0,00- 1,56	0,00- 3,79	0,00- 2,93

Нами проанализированы материалы 31 судебно-медицинской экспертизы случаев оказания терапевтической помощи, из которых в 14 случаях установлен факт нанесения вреда здоровью в ходе оказания терапевтической помощи. Методами формальной логики выделены четыре типа экспертных задач по определению наличия вреда здоровью:

1. Случаи, где помощь оказана ненадлежащим образом, вследствие чего возникли ятрогенные осложнения, повлекшие за собой стойкую утрату трудоспособности, утрату органа или его части, смерть субъекта.
2. Случаи, в которых оказана ненадлежащая помощь, но стойкая утрата трудоспособности, утрата органа (его части), смерть субъекта наступили в результате естественного течения имевшего место ранее патологического процесса.
3. Случаи, в которых оказана ненадлежащая помощь, стойкая утрата трудоспособности, утрата органа или его части, смерть субъекта наступили в результате совокупности естественного течения имевшего место ранее патологического процесса и возникшей ятрогенной патологии.
4. Случаи ненадлежащего оказания медицинской помощи, возможно с развитием ятрогенной патологии, при которых не наступило ухудшения состояния больного.

Предложены типовые решения представленных задач. В первом типе задач вред здоровью очевиден и, как правило, его наличие не вызывает сомнений, в четвертом варианте – вред здоровью отсутствует. Основную сложность представляют случаи второго и третьего типа, данные задачи решаются индивидуально. Определение тяжести вреда здоровью при экспертизе случаев оказания медицинской помощи осуществляется на общих принципах в соответствии с действующими правилами и нормативами. Среди основных особенностей следует отметить необходимость объективных данных, отражающих состояние здоровья на момент, до и после оказания медицинской помощи.

ВЫВОДЫ:

1. Случаи ненадлежащего оказания терапевтической помощи характеризуются неэффективностью в ближайшем и в отдаленном периодах наблюдения: отсутствием выздоровления или ремиссии, наличием осложнений, ятрогенной патологии, смертельными исходами. Данные характеристики значительно реже встречаются в случаях надлежащего оказания терапевтической помощи. Выявленные характеристики могут использоваться при оценке исходов при оказании терапевтической помощи.
2. Неблагоприятные исходы от оказания терапевтической помощи являются в подавляющем большинстве случаев результатом естественного течения патологического процесса. Эффективность терапевтической помощи заключается в замедлении или остановке течения патологического процесса.
3. Ятрогенная патология при оказании терапевтической помощи может быть следствием дефектов лечения, но чаще является результатом побочного действия лекарственных средств.
4. Следующие дефекты диагностики и лечения имеют непосредственную связь с неблагоприятными исходами от оказания терапевтической помощи: ди-

5. Ненадлежащее оказание медицинской помощи и несоблюдение рекомендаций (стандартов, протоколов) диагностики и лечения – не равнозначные понятия, несоблюдение рекомендаций (стандартов, протоколов) встречается как в случаях с благоприятным, так и с неблагоприятным исходом.
6. Не все дефекты диагностики и лечения влияют на эффективность терапевтической помощи и исходы в ближайшем и отдаленном периодах наблюдения, в рамках каждой нозологии существует ряд дефектов диагностики и лечения, которые влекут за собой снижение клинической эффективности терапевтической помощи.
7. Неблагоприятный исход при оказании терапевтической помощи может вызывать как один дефект, так и совокупность дефектов. Чаще встречаются случаи терапевтической помощи, где неблагоприятный исход определяется совокупностью дефектов.
8. Посредством показателя информативности можно определить степень влияния дефектов диагностики и лечения (несоответствие стандартам, протоколам, рекомендациям, схемам) на клиническую эффективность терапевтической помощи и исход. Сумма показателей информативности – накопленная информативность – отражает влияние совокупности дефектов на эффективность терапевтической помощи и исход.
9. Показатель накопленной информативности и его числовые границы, отражающие эффективность терапевтической помощи, позволяют прогнозировать вероятный исход при оказании терапевтической помощи в зависимости от дефектов диагностики и лечения.
10. Прогноз вероятного исхода от оказания терапевтической помощи в зависимости от дефектов диагностики и лечения позволит судебно-медицинским экспертам при сравнении фактического и прогнозируемого исходов устанавливать наличие взаимосвязи между дефектами и исходами.
11. В клинической практике прогнозирование исхода позволит врачу избежать неэффективного оказания терапевтической помощи при обоснованных отклонениях от стандартов диагностики и лечения. Данный метод может служить для профилактики «врачебных» ошибок и для улучшения процессов диагностики и лечения в случаях, когда выполнение стандартов (рекомендаций, схем, протоколов) диагностики и лечения невозможно.

12. Причинение вреда здоровью при оказании терапевтической помощи возможно в случаях развития ятрогенного заболевания и в случаях, где доказана непосредственная связь между дефектами оказания терапевтической помощи и неблагоприятным исходом.

13. Развитие ятрогенного заболевания при оказании терапевтической помощи в большинстве случаев связано с побочными эффектами медикаментов и не имеет связи с дефектами действий медицинского персонала.

14. Наличие вреда здоровью не является обязательным при ненадлежащем оказании терапевтической помощи и требует отдельного доказательства, основанного на клинических и инструментальных данных до и после оказания терапевтической помощи.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

По результатам проведенных исследований мы разработали и внедрили в практику методику судебно-медицинской оценки дефектов оказания терапевтической помощи, которая позволяет выявить дефекты оказания терапевтической помощи, оценить исходы оказания терапевтической помощи, установить взаимосвязь между дефектами и исходами, определить, надлежащим или ненадлежащим образом оказана терапевтическая помощь, установить факт причинения вреда здоровью.

Методика включает в себя ряд методов:

1. Метод оценки исходов оказания терапевтической помощи.
2. Метод выявления дефектов оказания терапевтической помощи.
3. Метод определения взаимосвязи между дефектами оказания терапевтической помощи и исходами.
4. Метод определения ненадлежащего оказания терапевтической помощи.
5. Метод выявления вреда здоровью, причиненного в ходе оказания терапевтической помощи.

Кроме того, предложен алгоритм по применению данных методов при проведении судебно-медицинской экспертизы.

Метод оценки исходов оказания терапевтической помощи. Метод предполагает сравнение результатов от оказания терапевтической помощи с соответствующими критериями эффективности терапевтической помощи. Есть общие критерии эффективности для всех нозологических форм – выздоровление или достижение ремиссии (снижение активности процесса, достижение компенсации, отсутствие осложнений). Более детальная оценка эффективности оказанной терапевтической помощи возможна в рамках нозологических форм с применением критериев, изложенных в таблице 6. Соответствие данным критериям позволяет квалифицировать исход как благоприятный, несоответствие – как неблагоприятный.

Метод выявления дефектов оказания терапевтической помощи. Предполагает сравнение оказанной пациенту терапевтической помощи с соот-

ветствующими критериями или эталоном. Эксперт в ходе работы с представленными на экспертизу медицинскими документами должен:

1. Выделить основные этапы оказания терапевтической помощи;
2. В рамках каждого из выделенных этапов определить объем выполненных больному диагностических и лечебных манипуляций;
3. Оценить качество каждого диагностического или лечебного мероприятия, при выявлении дефектов необходимо дать оценку влияния данного дефекта на результат диагностического или лечебного вмешательства;
4. Произвести оценку случая на предмет наличия грубых дефектов диагностики и лечения, являющихся основными критериями для выявления ненадлежащего оказания терапевтической помощи (стр.13).
5. В случае если основных критериев выявлено не было, необходимо произвести сравнение объема диагностических и лечебных мероприятий с соответствующим эталоном (стандартом, протоколом, рекомендациями).

В случаях затруднения в ходе оценки конкретных диагностических и лечебных мероприятий, входящих в рамки других врачебных специальностей, необходимо привлечение врача-эксперта соответствующей специальности, если он не был привлечен ранее.

Метод определения взаимосвязи между дефектами оказания терапевтической помощи и исходами. Перед проведением данного метода необходимо уточнить, насколько при данной нозологической форме терапевтическая помощь может повлиять на исход, для чего используем данные таблицы 7. В случаях, которые приведены в таблице, взаимосвязь дефектов оказания терапевтической помощи и исходов установить не представляется возможным. Наступление неблагоприятного исхода при данных нозологических формах зависит не от дефектов оказания терапевтической помощи или их отсутствия, а от тяжести течения патологического процесса. Для остальных нозологий можно провести оценку взаимосвязи дефектов с исходами.

Если в ходе выявления дефектов оказания терапевтической помощи установлено наличие дефекта, соответствующего основным критериям (стр.13), можно констатировать непосредственную взаимосвязь данного дефекта оказания терапевтической помощи и неблагоприятного исхода.

В случаях, когда грубые дефекты отсутствуют, а выявлены дефекты диагностики и лечения, являющиеся несоблюдением стандартов (рекомендаций, протоколов и т.п.), необходимо проведение экспертной оценки в рамках нозологической формы. Для определения взаимосвязи между дефектами оказания терапевтической помощи и фактическим исходом необходимо осуществить прогноз влияния данных дефектов на исход, а затем сравнить прогнозируемый и фактический исходы.

Для чего выявленные дефекты сравниваются с соответствующими таблицами (8-26). Если дефект присутствует в таблице, то приведен показатель его влияния на формирование неблагоприятного исхода (J). Если дефектов несколько, то показатели, отражающие их влияние на исход, складываются – накопленная информативность случая (J_{нак}). Следует подчеркнуть, что дефекты диагно-

стики и лечения оцениваются отдельно, приоритетными являются дефекты лечения. Затем показатель накопленной информативности случая сравниваем с табличными значениями ($J_{\text{нак}}$ в таблицах 27-31) и устанавливаем прогнозируемый исход. Установив прогнозируемый исход, сравниваем его с фактическим (таблица 32).

Таблица 32

Трактовка результатов сравнения фактического и прогнозируемого исхода от оказания терапевтической помощи

№	Результат сравнения фактического и прогнозируемого исходов	Влияние дефектов на фактический исход
1.	Фактический и прогнозируемый неблагоприятные исходы совпадают	Дефекты, выявленные в данном случае, имеют непосредственную связь с фактическим неблагоприятным исходом
2.	Фактический исход более неблагоприятный, чем прогнозируемый исход	Дефекты, выявленные в данном случае, имеют косвенную связь с фактическим неблагоприятным исходом, поскольку присутствуют иные факторы, повлиявшие на формирование неблагоприятного исхода: наличие тяжелой сопутствующей патологии, прием препаратов, интоксикации и т.п.
3.	Фактический исход благоприятный, а прогнозируемый исход неблагоприятный	Дефекты в данном случае связи с исходом не имеют, поскольку присутствовали иные факторы, повлекшие благоприятный исход. Именно последние и нивелировали влияние дефектов диагностики и лечения на исход.

Метод определения ненадлежащего оказания терапевтической помощи. Определение ненадлежащего оказания терапевтической помощи находится в компетенции эксперта и не подлежит строгой регламентации. Предложенный метод ни в коей мере не ограничивает права и мнение эксперта, а лишь служит своего рода подсказкой или ориентиром для квалификации ненадлежащего оказания терапевтической помощи.

С учетом известного фактического исхода, прогнозируемого исхода и его взаимосвязи с дефектами диагностики и лечения представляется возможным определить ненадлежащее оказание терапевтической помощи.

В данном методе мы помимо квалификации надлежащего и ненадлежащего оказания терапевтической помощи предлагаем условные границы качества терапевтической помощи при надлежащем её оказании. В практике судебно-медицинских экспертов вопросы, связанные с уровнем качества терапевтической помощи, сравнительно редки, однако они имеют место при проведении экспертиз и исследований в рамках гражданского и арбитражного процессов. Именно поэтому мы позволили себе отметить границы уровней качества надлежащей терапевтической помощи в рамках данного метода. Следует подчеркнуть, что уровень качества может определяться только при надлежащем оказании терапевтической помощи. При доказанной непосредственной взаимосвязи дефектов с исходами допустимо применение следующей трактовки (таблица 33)

Соотношение прогнозируемых исходов с характером терапевтической помощи и уровнями качества терапевтической помощи

Прогнозируемый исход		Квалификация случая	
Ближайший период	Отдаленный период	Характер помощи	Уровень Качества
Неблагоприятный	Неблагоприятный	Ненадлежащая	Не определяется
<i>Возможны как неблагоприятный, так и благоприятный исходы</i>	Неблагоприятный	Надлежащая	Низкий
Благоприятный	<i>Возможны как неблагоприятный, так и благоприятный исходы</i>		Средний
Благоприятный	Благоприятный		Высокий

Метод выявления вреда здоровью, причиненного в ходе оказания терапевтической помощи. Доказать наличие вреда здоровью в делах, связанных с оказанием терапевтической помощи, является сложной задачей для экспертов. Мы предлагаем использовать в таких случаях готовые решения в зависимости от того, что за типовая ситуация имела место в конкретном случае (таблица 34).

Таблица 34

Типовые варианты случаев оказания терапевтической помощи с дефектами и возможность установления вреда здоровью при их экспертной оценке

№	Типовой вариант случая	Типовое решение
1.	Случаи, где возникли ятрогенные осложнения, повлекшие за собой стойкую утрату трудоспособности, утрату органа или его части, смерть субъекта	Вред здоровью причинен
2.	Случаи, в которых терапевтическая помощь оказана ненадлежащим образом, однако стойкая утрата трудоспособности, утрата органа или его части, смерть субъекта наступили в результате естественного течения имевшего место ранее патологического процесса	1. Клинические ситуации, где летальный исход, развитие осложнений, стойкая утрата трудоспособности являются неизбежным исходом и медицинская помощь практически не способна изменить данный ход событий – вред здоровью не причинен; 2. Случаи, при которых ненадлежащее оказание терапевтической помощи усиливает активность патологического процесса, что приводит к негативным исходам – наличие вреда здоровью нельзя исключить.
3.	Случаи ненадлежащего оказания терапевтической помощи, где стойкая утрата трудоспособности, утрата органа или его части, смерть субъекта наступили в результате совокупности естественного течения имевшего место ранее патологического процесса и возникшей ятрогенной патологии	Наличие вреда здоровью вероятно
4.	Случаи оказания терапевтической помощи, возможно с развитием ятрогенной патологии, при которых не наступило ухудшения в течение патологического процесса, не было стойкой утраты трудоспособности, утраты органа или его части, смерти субъекта	Вред здоровью отсутствует

Предложенные типовые решения могут служить ориентиром для установления наличия вреда здоровью, однако каждый случай требует индивидуального рассмотрения.

Алгоритм работы эксперта-терапевта в составе судебно-медицинской комиссии при оценке случая оказания терапевтической помощи.

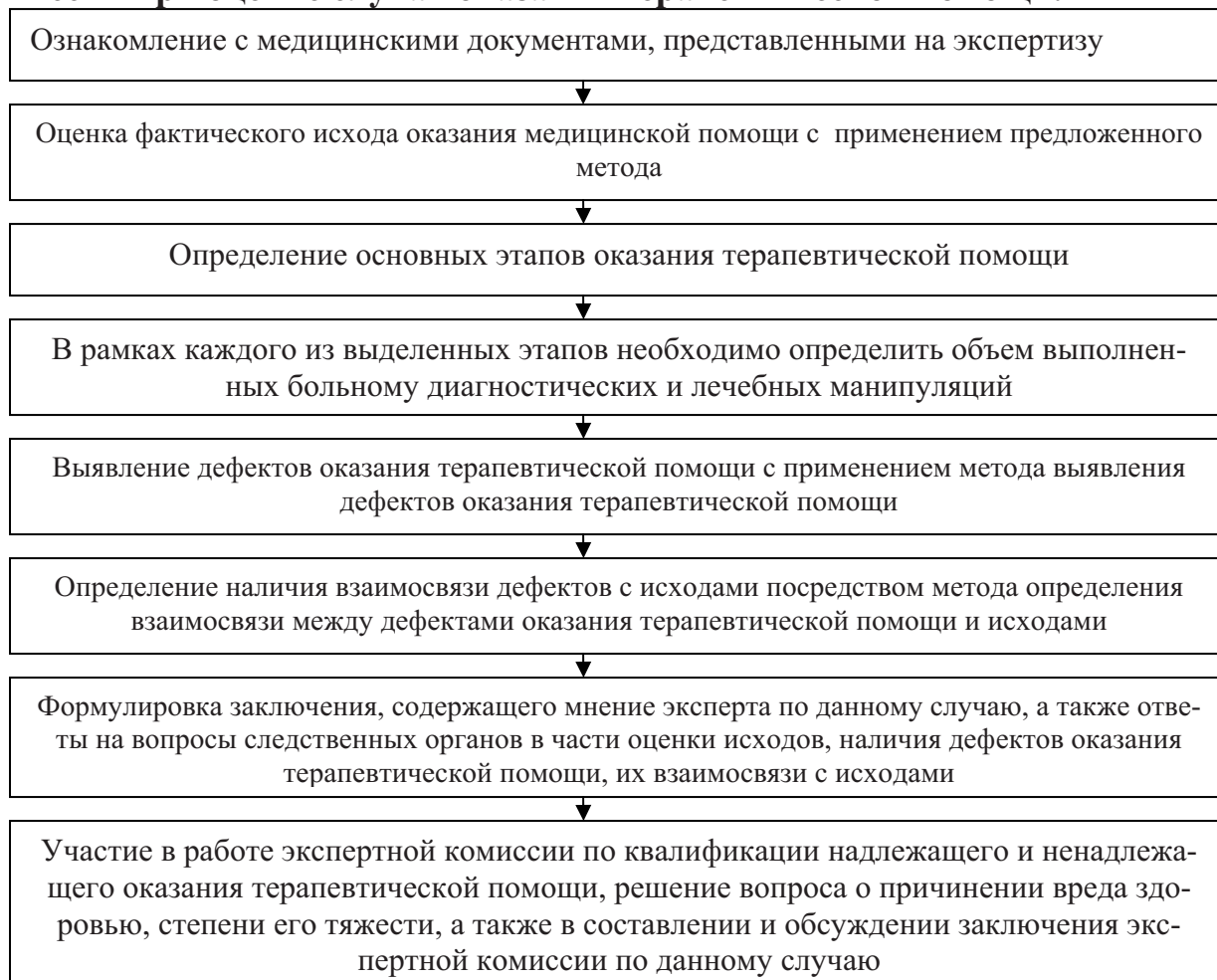


Рис. 1 Алгоритм работы терапевта в составе судебно-медицинской экспертной комиссии при оценке случаев оказания терапевтической помощи

Алгоритм (рис. 1) позволит создать четкое представление о последовательности действий эксперта-терапевта при применении предложенных методов.

Список публикаций по теме диссертации:

1. **Березников А.В.** Анализ случаев внезапной смерти пациентов с сочетанной патологией сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта в аспекте экспертизы качества оказания медицинской помощи /**А.В. Березников, Е.В. Желтухова, В.А. Ахмедов, Т.Н. Березникова, Т.В. Третьякова, О.В. Мартыненко**// Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. – Новосибирск-2006, С. 120.
2. **Березников А.В.** Методологические подходы к оценке качества диагностики и лечения с хроническим вирусным гепатитом /**А.В. Березников, Е.В. Желтухова, Г.И. Нечаева, Т.Н. Березникова** // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, Том XVII, №1, 2007, приложение №29 Материалы Двенадцатой Российской конференции «Гепатология сегодня» 19-21 марта 2007 г., Москва, № 63, С. 21.
3. **Березников А.В.** Антибиотикоассоциированные диареи во фтизиатрической практике: стандартизация диагностики, лечения, профилактики, экспертиза качества медицинской помощи /**А.В. Березников, А.В. Мордык, А.В. Лысов, В.П. Конев**// «Проблемы туберкулеза и болезней легких», 2008, выпуск 7. С. 47-50.
4. Письменный И.В. Экспертиза качества диагностической помощи, оказанной терапевтической службой поликлиники при новообразованиях толстой кишки / И.В. Письменный, Е.В. Желтухова, Т.Н. Березникова, В.П. Конев, И.Л. Кутенкова, **А.В. Березников, Ю.О. Онуфрийчук** // «Омский научный вестник», №2, 2008. – С. 19-24.
5. **Березников А.В.** Технология экспертизы качества медицинской помощи при циррозе печени /**А.В. Березников, В.П. Конев** // Вестник Российского университета дружбы народов №4, 2008, С. 87-93.
6. **Березников А.В.** Экспертиза качества медицинской помощи при хронических панкреатитах /**А.В. Березников** // Сибирский медицинский журнал, Том 23, №1, 2008 (выпуск 1), Томск С. 58-64.
7. **Березников А.В.** Технология экспертизы качества медицинской помощи при синдроме раздраженного кишечника /**А.В. Березников, В.П. Конев, В.А. Ахмедов** // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии №5, 2008 С. 27-31.
8. **Березников А.В.** Доказательная база технологии экспертизы случаев оказания медицинской помощи при патологии органов пищеварения /**А.В. Березников, В.П. Конев** // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, Том XVIII №5, 2008, приложение №32 Материалы Четырнадцатой Российской Гастроэнтерологической Недели 6-8 октября 2008 г., Москва № 724 С. 190.
9. **Березников А.В.** Методические подходы к экспертной оценке качества терапевтической помощи при желчнокаменной болезни /**А.В. Березников** // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга № 2 – 3 2008. Материалы 10 Юбилейного международного Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург – Гастро – 2008», №42.
10. **Березников А.В.** Методология экспертных оценок качества медицинской помощи при заболеваниях органов пищеварения /**А.В. Березников, В.П. Конев**/ / Гастроэнтерология Санкт-Петербурга № 2 – 3 2008. Материалы 10 Юбилейного международного Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург – Гастро – 2008», №43.

11. **Березников А.В.** Экспертиза качества медицинской помощи при аутоиммунном гепатите /**А.В. Березников**, В.П. Конев // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, Том XVIII №1, 2008, приложение №31 Материалы Тринадцатой Российской Гастроэнтерологической Недели 17 – 19 марта 2008 г., Москва № 724 С. 164.
12. **Березников А.В.** Проблема экспертизы качества медицинской помощи /**А.В. Березников** // научный вестник Ханты-Мансийского государственного медицинского университета № 1-2 2008. С. 7-8.
13. **Березников А.В.** Дифференциальные критерии надлежащей и ненадлежащей медицинской помощи по материалам судебно-медицинских экспертиз /**А.В. Березников**, В.П. Конев // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. Выпуск 15 – Новосибирск-2009, С. 329, С. 44-48.
14. **Березников А.В.** К вопросу о методах дифференцировки надлежащей и ненадлежащей медицинской помощи в условиях очевидности /**А.В. Березников**, В.П. Конев // О проблемных вопросах организации производства судебно-медицинских экспертиз: Сб. мат. Всерос. науч.-практ. конф., Москва, 5-6 ноября 2009. С.11-16.
15. **Березников А.В.** Определение наличия вреда здоровью при проведении судебно-медицинской экспертизы случаев терапевтической помощи /**А.В. Березников**, В.П. Конев // О проблемных вопросах организации производства судебно-медицинских экспертиз: Сб. мат. Всерос. науч.-практ. конф., Москва, 5-6 ноября 2009. С.16-20.
16. **Березников А.В.** Проблема судебно-медицинской экспертизы качества медицинской помощи: возможные пути решения/**А.В. Березников**, В.П. Конев // Теория и практика судебной экспертизы - №2. – Москва, 2009. С.208-214.
17. **Березников А.В.** Технология экспертизы качества медицинской помощи при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни /**А.В. Березников** // Казанский медицинский журнал. Том XL 1.2009. С. 121-124.
18. **Березников А.В.** Технология экспертизы качества медицинской помощи при хроническом колите /**А.В. Березников** // Технологии живых систем, Том 6, №2. 2009 С. 60-65.
19. **Березников А.В.** Объективизация экспертной оценки качества и эффективности медицинской помощи при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки путем использования унифицированного алгоритма /**А.В. Березников** // Судебно-медицинская экспертиза, №2. – г. Москва 2009. – С.7-10.
20. **Березников А.В.** Технология судебно-медицинской экспертизы качества медицинской помощи, основанная на принципах доказательной медицины /**А.В. Березников** // Технологии живых систем, №3, 2009 С. 44-49.
21. **Березников А.В.** Судебная экспертиза случаев оказания медицинской помощи при дисфункции сфинктера Одди /**А.В. Березников**, В.П. Конев, И.В. Письменный, Ю.О. Онуфрийчук // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова №3, 2009 С. 20-23.
22. **Березников А.В.** Экспертиза качества медицинской помощи при хронических вирусных гепатитах /**А.В. Березников**, В.П. Конев, Г.И. Нечаева, В.А. Ахмедов // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология №3, 2009 С. 13-18.
23. **Нечаева Г.И.** Методические подходы к экспертной оценке качества терапевтической помощи при хронических холециститах /**Г.И. Нечаева**, В.А. Ахмедов, **А.В. Березников**, В.П. Конев // Терапевтический архив, Том 82, №1 2010 С. 12-15.

24. Пьянников В.В. Сравнительная характеристика исследования паренхимы печени методами биопсии и эластографии /В.В. Пьянников, А.В. Березников, В.П. Конев, В.А. Ахмедов, В.В. Сорокина, Т.В. Васькина // Вестник Новосибирского государственного университета Серия Биология, клиническая медицина, 2010, том 8, выпуск 1. С. 101-106.
25. Березников А.В. Алгоритм работы гастроэнтеролога в составе экспертной комиссии при экспертизе случаев оказания терапевтической помощи по поводу хронического калькулезного холецистита /А.В. Березников, В.П. Конев, В.А. Ахмедов, И.В. Письменный // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология №4, 2010 С. 41-47.
26. Березников А.В. Лекарственные поражения печени с упорным течением у больных туберкулезом /А.В. Березников, А.В. Мордык, В.П. Конев, И.В. Письменный, Т.Н. Березникова // «Проблемы туберкулеза и болезней легких», 2010, выпуск 4, С. 43-47.
27. Березников А.В. Критерии верификации ненадлежащей медицинской помощи по материалам судебно-медицинских экспертиз /А.В. Березников, В.П. Конев // Теория и практика судебной экспертизы - №2. – Москва, 2010. С. 69-77.
28. Березников А.В. Экспертная оценка случаев терапевтической помощи больным с инфарктом миокарда /А.В. Березников, В.П. Конев, В.А. Ахмедов, И.В. Письменный, А.А. Комаров // Теория и практика судебной экспертизы - №1. – Москва, 2011. С. 110-118.
29. Березников А.В. Экспертиза случаев оказания медицинской помощи при патологии желудочно-кишечного тракта /А.В. Березников, В.П. Конев, В.А. Ахмедов/ Учебное пособие УМО - №17-28/645 10.12.2008. Омск, 2008. – 96 с.
30. Березников А.В. Судебно-медицинская экспертиза случаев оказания терапевтической помощи /А.В. Березников, В.П. Конев, В.А. Ахмедов и соавторы/ Учебно-методическое пособие УМО - №17-29/575 30.12.2009. Омск, 2010. – 126 с.
31. Березников А.В. Способ экспертной оценки качества медицинской помощи врачом – терапевтом в составе экспертной комиссии (область применения, обоснование внедрения) (методология) /А.В. Березников, В.П. Конев, В.А. Ахмедов/ интеллектуальный продукт зарегистрирован ФГУП «ВНТИЦ» 19.02.2008 г. под номером 73200800014
32. Березников А.В. Способ отбора случаев для проведения вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи (область применения, обоснование внедрения) (методология) /А.В. Березников, В.П. Конев, В.А. Ахмедов, И.В. Письменный/ интеллектуальный продукт зарегистрирован ФГУП «ВНТИЦ» 01.04.2008 г. под номером 73200800026

На правах рукописи

БЕРЕЗНИКОВ Алексей Васильевич

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ДЕФЕКТОВ
ОКАЗАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

14.03.05 – судебная медицина

14.01.04 – внутренние болезни

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Москва 2011 г.