

А, В, ВИЧ-инфекцией, гонореей, гриппом, менингококковой инфекцией.

- Компетентность населения в вопросах профилактики инфекций/инвазий не достаточна. Просвещение ломает стереотипы обеспечения персональной инфекционной безопасности, о чем свидетельствует кратное увеличение профилактических мероприятий профилактики глистов у домашних животных компетентными респондентами.

- Выявлено три точки роста в обеспечении персональной инфекционной безопасности в Пермском крае: занятия спортом, защищенный секс, использование для питья только кипяченой воды. Усиление мер личной и общественной профилактики паразитарных болезней предполагает просвещение населения по вопросам источников, резервуаров и механизмов заражения паразитами. Укрепление иммунитета средствами этнопрофилактики обеспечивает обращение к национальным спортивным традициям: это силовые упражнения, боевые искусства, джигитовка, конный спорт, народные танцы и игры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горохов В.В., Успенский А.В., Романенко Н.А., Сергиев В.П., Горохова Е.В., Гурьева С.С., Колесникова М.А., Пешков Р.А., Гузеева М.В., Елизаров А.С. «Возвращающиеся паразиты и паразитарные болезни» // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2008 – №1 – С. 54-56.

2. Гузеева М.В. Состояние заболеваемости паразитарными болезнями в Российской Федерации и задачи в условиях реорганизации службы // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2008 – №1 – С. 3-9.

3. Малышева Н.С. Формирование паразитологических представлений у детей. // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2009. – №3 – С. 52-55.

4. Мерзлова Н.Б., Серова И.А., Ягодина А.Ю. Классификация инфекционных и паразитарных болезней по социологическим критериям // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2011 – №2 – С. 35-39.

5. Мерзлова Н.Б., Шепелева А.А. Медицинская география биогельминтозов - описторхоза // Успехи современного естествознания. – 2006 – № 4 – С. 59-60.

6. Седова Н.Н., Турлак Т.А. Классификация этнологических подходов в медицине по социологическому критерию.// Научные труды III Всероссийской научно-практической конференции «Социология медицины – реформе здравоохранения» – Волгоград, 2010 – С.20–26.

7. Сергиев В.П., Успенский А.В., Горохов В.В., Романенко Н.А.,Новосильцев Г.И.,

Пешков Р.А., Гузеева М.В. Современная ситуация по паразитарным болезням собак и кошек в мегаполисе Москвы // Медицинская паразитология и паразитарные болезни.– 2007 – №1 – С. 17-19.

8. Сергиев В.П. Увеличение продолжительности жизни хозяина – одна из стратегий выживания паразитов // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2011– №1 – С. 56-59.

9. Сивкова Т.Н. Роль собак в распространении лямблиоза *Lamblia (Giardia) intestinalis*.// Медицинская паразитология и паразитарные болезни.– 2011 – №1 – С.10–11.

10. Успенский А.В., Пешков Р.А., Горохов В.В., Горохова Е.В. Токсокароз в современных условиях// Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2011 – №2 – С. 3-6.

УДК 615:614.27

НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ОКАЗАНИЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: ОТ ЭТИЧЕСКОГО НАРУШЕНИЯ К УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Афанасьева О. Ю.

*кандидат медицинских наук, ассистент
кафедры хирургической стоматологии и челюстно-
лицевой хирургии ГБОУ ВПО «Волгоградский
государственный медицинский университет»,
biosoc@yandex.ru*

Соломатина Е.В.

врач-стоматолог, г.Москва, biosoc@yandex.ru

*Статья посвящена этико-правовым
вопросам становления системы стандартизации
в медицине, качеству оказания лечебно-
диагностической помощи. На клиническом
примере продемонстрированы условия
возникновения уголовной ответственности
медицинских работников.*

Ключевые слова: стандарт,
медицинская услуга, уголовная
ответственность, халатность, контроль
качества медицинской помощи.

INADEQUATE PROVISION OF TREATMENT AND DIAGNOSTIC SERVICES: FROM ETHICAL VIOLATIONS TO CRIMINAL RESPONSIBILITY

Afanaseva O. Yu.

*Ph.D., assistant of the chair of the surgical
stomatology and maxillofacial surgery, Volgograd state
medical university, biosoc@yandex.ru*

Solomatina E.V.

The article is devoted to the ethical-law questions of the standardization's system in medicine, the quality of the provision of medical and diagnostic services. The clinical example illustrates the ways of occurrence of the criminal responsibility of health workers.

Keywords: *standard, medical service, criminal liability, negligence, quality health care.*

Одним из актуальных и значимых вопросов современной медицины и стоматологии в частности, является вопрос становления системы стандартизации. По мнению авторов, принятие стандартов помогает улучшить качество предоставляемых услуг, вытесняя малоэффективные технологии, и дает развитие новым услугам с доказанной целесообразностью их применения [1,7].

Стандартизация в стоматологии позволяет руководителям стоматологических учреждений и врачам решить целый ряд проблем, которые сегодня являются очень актуальными:

- эффективно организовать процесс диагностики и лечения пациентов;
- правильно оценивать результаты оказания стоматологической помощи (качество, экономические показатели);
- эффективно организовать в клинике процесс приема и обучения персонала;
- разработать клинические нормативы оснащения медицинской техникой и материалами для эффективной организации лечебно-диагностической работы;
- увеличить прибыльность стоматологических услуг;
- эффективно управлять персоналом, создавая дополнительные системы материальной и нематериальной мотивации на основании разработанных стандартов.

Среди объектов стандартизации наиболее важными и сложными справедливо признаны медицинские услуги, необходимость стандартизации которых определяется потребностями здравоохранения, медицинского страхования и является основой для планирования деятельности медицинских учреждений, органов здравоохранения, фондов обязательного медицинского страхования, а также для оценки результатов оказания медицинской помощи (качества, экономических показателей, расчета подушевых нормативов и т.д.).

Однако существует ряд спорных вопросов, таких как: соотношение стандартов с индивидуальным подходом к пациенту в каждом клиническом случае, появление так называемых «территориальных стандартов», «местечковых стандартов», возможность возникновения шаблонных, трафаретных стандартов и другие вопросы [1].

Согласно Основам законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» от 2011 года установление стандартов качества медицинской помощи и контроль за их соблюдением входит в компетенцию РФ, т.е. федеральных органов государственной власти и управления. Согласно части 1 Статьи 37 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации" с 1 января 2013 года медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории РФ всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи. В стоматологии это регулируется «Порядком оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями» - Приказ Минздрава России от 13.11.2012 N 910н и «Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» - Приказ Минздравсоцразвития России от 07.12.2011 N 1496н.

Однако все мы знаем, что в современном здравоохранении – практически отсутствуют единые стандарты качества стоматологической помощи, а региональные и территориальные критерии и стандарты качества, включая рекомендации стоматологической ассоциации России, имеют различия и главное – не имеют юридической силы, т.к. это рекомендательные, а не приказные (МЗ РФ) документы. В соответствии с частью 2 Статьи 37 Закона N 323-ФЗ порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Среди официально утвержденных существуют следующие протоколы: протокол ведения больных «Частичное отсутствие зубов», «Полное отсутствие зубов», «Кариес зубов» и протоколы ведения детей, страдающих стоматологическими заболеваниями.

Зарегистрированы в Минюсте России в марте 2013 года следующие документы: «Стандарт первичной медико-санитарной помощи при остром язвенном гингивите» Приказ МЗ РФ 24 декабря 2012 г. N 1496н; «Стандарт первичной медико-санитарной помощи при кариесе дентина и цемента» Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. N 1526н; «Стандарт первичной медико-санитарной помощи при приостановившемся кариесе и кариесе эмали» Приказ МЗ РФ от 24 декабря 2012 г. N 1490н; «Стандарт специализированной медицинской помощи при абсцессе, фурункуле и карбункуле кожи» Приказ МЗ РФ от 09 ноября 2012 г. N 838н.

Появление так называемых «территориальных стандартов» в стоматологии, явно не соответствует цели создания единых образцов и критериев оценки стоматологической помощи. В недалекой перспективе в

стоматологии может оказаться столько стандартов, сколько стоматологических клиник в России. Существуют и другие вопросы, которые необходимо решать. Возможно, ли проконтролировать каждую выполненную работу врача в соответствии с имеющимися в клинике стандартами качества по каждой нозологической форме? Возможно, ли расписать стандарты на все диагностические и лечебные действия врача и результаты лечения?

Кроме этого существует и еще одна проблема: недостаточность информации об эффективности методов стоматологического лечения, основанных на принципах доказательной медицины. Ведь не только пациенты, но и сами стоматологи сегодня путаются в обилии новых технологий. Безусловно, мы понимаем, что введенные стандарты помогут исключить из этих методов малоэффективные и небезопасные. Одновременно с этим новые и уже опробованные технологии, доказавшие свою эффективность, будут развиваться быстрее.

Стоматология сегодня является одной из наиболее наукоемких и ресурсоемких отраслей медицины. Именно в нашей сфере новые технологии стремительно развиваются и поступают на медицинский рынок, однако использование данных современных технологий на практике не всегда может считаться залогом качественного лечения. Отчасти это связано с предложением на рынок так называемых «авторских» методик лечения и самостоятельной интерпретацией технологических возможностей конкретного метода без его должного научного обоснования.

В Волгограде и Волгоградской области с 2004 по 2011 год в «Перечень медицинских технологий, разрешенных к применению в медицинской практике», включал следующее число технологий: 2005 год – 129 медицинские технологии; 2006 год – 397 технологии; 2007 год – 262 технологии; 2008 год – 292 технологии; 2009 год – 429 технологии; 2010 год – 444 технологии; в 2011 году перечень составил 347 медицинские технологии.

В существующем перечне содержится в среднем по 30 технологий – терапевтической и хирургической стоматологии (включая челюстно-лицевую хирургию), по 10 технологий – детской и ортопедической стоматологии. Однако эти показатели нельзя считать абсолютными, так как определенные технологии, например, определение гемодинамики в тканях пародонта с использованием методов лазерной и ультразвуковой доплерографии может применяться стоматологами всех специальностей. Определенные технологии применяются в смежных дисциплинах, таких как хирургия, травматология, неврология, отоларингология, онкология и др. Итак, данный перечень содержит не более 80 наименований новых или усовершенствованных стоматологических

технологий, что в десятки раз меньше реального количества поступающих на рынок клинических новаций. Все это создает реальные предпосылки для повышения риска некачественного лечения пациентов, а также неправильного выбора и применения данных технологий.

Применение определенных технологий и лекарственных препаратов ставит под сомнение выполнение руководителем стоматологических учреждений системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, т.к. это является исключительно сферой ответственности руководителя медицинской организации, и такая норма строго регламентирована Статьей 90 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Очевидно, что в настоящее время в России наблюдается устойчивый спрос на качественные медицинские услуги [2,4]. В условиях внедрения медицинского страхования и совершенствования законодательной базы здравоохранения произошло резкое возрастание случаев обращения пациентов в судебные органы с исками о возмещении ущерба, причиненного ненадлежащим оказанием лечебно-диагностической помощи [2,8]. Нельзя забывать и о том, что по отдельным сведениям ежегодный прирост числа обращений граждан в суды (минуя все возможные варианты досудебных разбирательств) с исками на стоматологические организации составляет 10-15%.

В данной статье мы попробуем разобрать условия возникновения уголовной ответственности, вследствие оказания некачественной медицинской помощи на примере конкретного клинического случая. Правовыми основаниями для проведения проверки по данному случаю явились: Конституция РФ, ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», ФЗ от 02.05.2006 №59-ФЗ «О порядке обращения граждан», Постановление Губернатора Волгоградской области от 05.05.2012 №267 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Волгоградской области», Приказ Комитета по здравоохранению Администрации Волгоградской области от 03.07.2007 №703/918-км/265/292 «О совершенствовании системы контроля качества медицинской помощи населению Волгоградской области».

Итак, разберем данный клинический случай. Пациент В., 1955 г.р. обратился к районному хирургу и онкологу с жалобами на повышение температуры тела, боли и припухлость мягких тканей лица слева, резкое ограничение открывания рта. После обследования и сбора анамнеза (злокачественное новообразование было обнаружено полгода назад, проведен единовременно курс химиотерапии, выраженный анемический синдром, лечение паллиативное) был выставлен клинический диагноз: Злокачественное новообразование

челюстно-лицевой области IV стадии с распадом. Флегмона лица слева. Интоксикационный, анемический синдром. Состояние средней тяжести. Направление на госпитализацию осуществлено своевременно, по факту обращения пациента.

План лечения пациента в хирургическом стационаре ограничился постельным режимом, диетой, назначением антибактериальной, противовоспалительной, дезитноксикационной, симптоматической терапии, перевязок раны антисептическими растворами. Данных за проведение какого-либо оперативного вмешательства по поводу лечения гнойно-воспалительного осложнения, с проведением в дальнейшем адекватных мероприятий по дренированию гнойной раны в медицинской документации не значилось. Через четыре дня после госпитализации пациент пожаловался на боли в животе. Спустя три дня пациент скончался. Патологоанатомический диагноз: Хроническая язвенная болезнь желудка с перфорацией. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит (давность 2-3 дня). Токсический шок.

В данном случае имело место быть сочетание двух заболеваний: злокачественного новообразования челюстно-лицевой области и скрытое, на фоне активной медикаментозной терапии, течение хронической язвенной болезни желудка с перфорацией. Переоценка врачами стационара данных предыдущего обследования, способствовала не диагностированию при жизни пациента хронического заболевания желудочно-кишечного тракта, что явилось причиной недообследования больного, не назначение ФДГС, рентгенографии брюшной полости. Стертая клиническая картина хронической язвенной болезни желудка на фоне ярких проявлений злокачественного новообразования с абсцедированием привело в итоге к расхождению клинического и патологоанатомического диагнозов, неверной тактике лечения и впоследствии к летальному исходу.

Неоднократно как в медицинской, так и в юридической литературе обсуждался вопрос значимости грамотного оформления первичной медицинской документации. Проведя анализ первичной медицинской документации, были выявлены следующие дефекты.

1. Организационно-тактические: неполный план лечения больного; шаблонность дневниковых записей, не отражающих эффект от проводимого лечения, динамику состояния пациента; отсутствие интерпретации результатов дополнительных методов исследования.

2. Лечебно-диагностические: переоценка заключения онкодиспансера, не назначение обзорной рентгенографии брюшной полости при наличии жалоб на боли в животе.

Как известно, первичная медицинская документация отражает медицинский, а не юридический характер, осуществляемых профессиональных действий врача, в то же время

юридической оценке подлежат только действия врача, отражаемые в амбулаторной карте больного, которая имеет юридическую важность, как основного источника доказательств при ведомственных досудебных разбирательствах, и при разрешении споров в иных инстанциях.

По мнению Дорогина Д.А. (2012) преступления, совершаемые в сфере здравоохранения, классифицируются на: профессиональные преступления сотрудников сферы здравоохранения; должностные преступления сотрудников названной сферы; преступления, ответственность за которые наступает для данных субъектов на общих с другими лицами основаниях. Автор указывает, что сфера здравоохранения остается одной из наиболее проблемных с точки зрения уголовно-правовой охраны, поскольку в уголовном законе до сих пор содержится большое количество пробелов. На фоне принятия нового федерального закона в сфере здравоохранения, в ряде статей которого закрепляется уголовная ответственность за различные незаконные действия, Уголовный кодекс соответствующими положениями не дополнялся и не дополняется [5].

Не давая полную правовую оценку произошедшего, мы все-таки должны процитировать часть 2 статьи 293 «Халатность» Уголовного кодекса РФ: халатность, повлекшая по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека, наказывается лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

И в заключении, мы считаем необходимым обратить внимание еще на один аспект этой ситуации – биоэтический [3]. В данном случае внимание врачей было обращено на отдельные локальные патологические процессы, в связи, с чем пациент стал утрачиваться, как личность и ответственность за его здоровье как бы растворилась между всеми специалистами, которые за ним наблюдали - хирург, онколог, заведующий отделением и т.д. Незыблемым должно оставаться принципиальное положение определяющее тактику врача по отношению к онкологическому больному - каждый больной злокачественной опухолью подлежит лечению [6].

Литература.

1. Афанасьева О.Ю. Роль и проблемы внедрения медицинских стандартов в стоматологии / О.Ю. Афанасьева, А.В. Малюков, И.А. Максютин, А.С. Сербин // Медицинский алфавит. Стоматология– 2012. - №4 – С.5-7.

2. Афанасьева О.Ю. Третейское разбирательство и медиация как альтернативные способы разрешения конфликтов в стоматологии / О.Ю. Афанасьева, А.В. Малюков, А.Н. Морозов // Медицинское право. – 2012. - №6. – С.31-34.

3. Афанасьева О.Ю., Вешнева С.А. Этические проблемы предоставления услуг пациентам с социально значимыми заболеваниями // Биоэтика. – 2012. -Т. 2.- № 10.- С. 45-46.

4. Доника А.Д. Врачебная ошибка: дифференциация этического и правового поля (опыт США и российские реалии) / А.Д. Доника, Л.Л. Кожевников, И.Е. Рева // Биоэтика. – 2011.- № 7.- С. 32-34.

5. Дорогин Д.А. Некоторые спорные вопросы, связанные с преступлениями, совершаемыми медицинскими работниками // Медицинское право. – 2012. - №6. – С.41-44.

6. Ненарокомов, А.Ю. Этические проблемы онкологии, психиатрии, неврологии и анестезиологии / А.Ю. Ненарокомов, Н.Я. Оруджев, Т.Ю. Антонова, О.В. Курушина, О.В. Фурсик, А.Ю. Барковская, И.И. Замятина, А.Е. Барулин, К.А. Сарангова, А.А. Кондрашов, М.М. Соломатин // Биоэтика. – 2012. - №9. – С.36-44.

7. Соколов В. Н. Организация системы стандартизации для оценки и повышения качества оказания стоматологической помощи // Медицинское право. - 2008. - №2(22). - С.44-47.

8. Шкарин В.В. Анализ причин неудовлетворенности качеством стоматологической помощи / В.В. Шкарин, М.В. Ильина, О.Ю. Афанасьева // Вестник ВолГМУ. - №1(37). – 2011. – С.20-22.

НОВЫЕ ИМЕНА В БИОЭТИКЕ

NEW NAMES IN BIOETHICS

УДК 615.614

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ В ДЕРМАТОЛОГИИ

Карымов О.Н.,

аспирант кафедры философии, биоэтики
и права с курсом социологии медицины, Волгоградский
государственный медицинский университет,
biosoc2008@yandex.ru

Рахимуллина О.А.

кандидат медицинских наук, врач-косметолог,
Главный врач Медицинского косметологического
центра «АНТАМЕД», г.Казань, estetik-k@yandex.ru

Поскольку персонализированная медицина базируется на генетическом типировании пациентов, ее развитие актуализирует биоэтические проблемы генетических технологий, вызванные особым характером генетической информации. Опрос населения и интервью с пациентами дерматологической практики свидетельствуют о высокой значимости для них конфиденциальности генетической информации, лишь десятая часть населения равнодушна к принципу конфиденциальности. Особый характер генетической информации порождает другую этическую дилемму: конфликт принципа уважения автономии и принципа «не навреди». Требуется разработка процедуры этической экспертизы случаев, когда необходимо нарушить конфиденциальность пациента без его согласия для оповещения членов его семьи, потенциально подверженных опасности заболевания.

Ключевые слова: дерматовенерология, персонализированная медицина, генетическое тестирование, принцип конфиденциальности, принцип «не навреди», социологический опрос.

ETHICAL PROBLEMS OF PERSONALIZED MEDICINE IN DERMATOLOGY

Karymov O.N.

Post-graduate of the chair of philosophy,
bioethics and law with a course of sociology of medicine,
Volgograd State Medical University,
biosoc2008@yandex.ru

Pahimullina O.A.

PhD, cosmetologist, competitor degree of Doctor of
Medical Sciences, Department of Philosophy, bioethics and
law with a course of social medicine, Volgograd State
Medical University, estetik-k@yandex

As personalized medicine is based on a genetic typing of patients, its development actualizes the bioethical problems of genetic technologies, caused by the special nature of genetic information.