

ударного объема сердца (табл. 3). Поддержание адекватного кровотока в этих условиях оказалось возможным только за счет увеличения частоты сердечных сокращений. У больных, получавших сбалансированную нутритивную поддержку, с четвертых суток наблюдения повышенный транспорт кислорода обеспечивался не только гемодинамическим, но и гемическим компонентом, что подтверждалось увеличением содержания кислорода в артериальной крови, и позволяло более адекватно удовлетворять метаболические потребности тканей в кислороде. Косвенно о ликвидации «кислородной задолженности» в тканях можно было судить по уменьшению уровня лактата в сыворотке венозной крови (табл. 3).

Таким образом, анализ полученных результатов позволяет заключить, что развитие опухолевого процесса в организме влечет за собой значительные изменения в основных гомеостатических системах. Более высокие метаболические потребности в кислороде, энергетических и пластических субстратах существенно изменяют

функциональные параметры организма. Результатом этих изменений является ухудшение нутритивного статуса. Выявление данных нарушений возможно только при использовании комплексной оценки основных функциональных параметров систем гомеостаза, влияющих на метаболизм. Отдельные показатели или односторонняя оценка нескольких параметров, по нашему мнению, не позволяют получить достоверной картины имеющихся нарушений. Использование протокола раннего сбалансированного полисубстратного энтерального питания в сочетании с парентеральным питанием в послеоперационном периоде позволяет в полной мере удовлетворить метаболические потребности организма не только в энергетических и пластических субстратах, а также и в кислороде. Использование несбалансированной диеты с частичным парентеральным питанием не только не обеспечивает организм достаточным количеством энергии и белка, что приводит к развитию белково-энергетической недостаточности, но и усугубляет нарушения кислородного статуса организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Долгих В.Т. Опухолевый рост. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. – 81 с.
2. Снеговой А.В., Сельчук В.Ю., Салтанов А.И., Клименков А.А. К вопросу об энтеральном питании у больных раком желудка // Вестник интенсивной терапии. – 2003. – №4. – С.62-69.
3. Лейдерман И.Н. Основы парентерального питания в отделениях интенсивной терапии и реанимации хирургической клиники. Реальные взаимоотношения теории и практики // Вестник интенсивной терапии. – 2000. – №4. – С.23-27.
4. Лейдерман И.Н. Нутритивная поддержка – важнейший компонент терапии сопровождения при лечении онкологических больных. – Екатеринбург, 2004. – 32 с.
5. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. – М.: Медиа Сфера, 2006. – 312 с.
6. Слесаренко С.С., Лысенко В.Г., Мухамеджанов Д.Б. Клиническое искусственное питание в профилактике послеоперационных осложнений у больных раком пищевода // Сибирский медицинский журнал. – Иркутск, 2008. – Т. 77. №2. – С.38-42.

7. Слесаренко С.С., Лысенко В.Г. Чрескожные, эндоскопически контролируемые гастростомии – высокотехнологичное хирургическое вмешательство для проведения энтерального питания // Сибирский медицинский журнал. – Иркутск, 2008. – Т. 83. №8. – С.92-96.
8. Чиссов В.И. Стратегия и тактика онкологической службы России на современном этапе // Российский онкологический журнал. – 2006. – №3. – С.4-7.
9. Barrera R. Nutritional support in cancer patients // J Parenter Enteral Nutr. – 2002. – Vol. 26. №5. – P.63-71.
10. Bozzetti F. Nutrition and gastrointestinal cancer // Curr Opin Clin Nutr Metab Care. – 2001. – Vol. 4. №6. – P.541-546.
11. Cartwright M.M. The metabolic response to stress: a case of complex nutrition support management // Crit. Care Nurs. Clin. North Am. – 2004. – Vol. 16. – P.467-487.
12. Esper D.H. The cancer cachexia syndrome: a review of metabolic and clinical manifestations // Nutr Clin Pract. – 2005. – Vol. 20. №4. – P.369-376.
13. Palesty J.A., Dudrick S.J. What we have learned about cachexia in gastrointestinal cancer // Dig Dis. – 2003. – Vol. 21. №3. – P.198-213.

Информация об авторах: 628412, Тюменская обл., г. Сургут, пр. Ленина, 1, e-mail: docom@mail.ru, Мальков Олег Алексеевич – профессор, д.м.н.; Куракин Вячеслав Игорьевич – заведующий отделением; Гирш Андрей Оттович – профессор, д.м.н.; Панфилов Сергей Викторович – заведующий отделением.

© ЕСИПОВИЧ Т.В., БАРИНОВ С.В., ДОЛГИХ В.Т., БАСИН Б.Л. – 2012
УДК: 616.37-002-089.17: 616.12-008.331.1

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ НА ОСНОВании ИЗУЧЕНИЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ

Татьяна Владимировна Есипович, Сергей Владимирович Баринов,
Владимир Терентьевич Долгих, Борис Львович Басин

(Омская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. А.И. Новиков, кафедра акушерства и гинекологии № 2, зав. – д.м.н., проф. С.В. Баринов, кафедра патофизиологии, зав. – д.м.н., проф. В.Т. Долгих)

Резюме. Обследовано 64 беременных женщины: с неосложненным течением беременности (n=32), с преэклампсией легкой (n=18) и тяжелой степени (n=14). Установлено, что для верификации степени тяжести преэклампсии необходимо исследовать функциональное состояние поджелудочной железы, определяя в сыворотке крови уровень панкреатической амилазы и панкреатической липазы. Эти ферменты являются предикторами, позволяющими более точно оценить тяжелые формы преэклампсии на доклинической стадии и своевременно корректировать тактику ведения беременных.

Ключевые слова: преэклампсия, ферменты поджелудочной железы, диагностика и прогноз.

PREDICTION OF RISK OF SEVERE PREECLAMPSIA DEVELOPMENT ON THE BASE OF PANCREATIC DYSFUNCTION STUDY

T.V. Esipovich, S.V. Barinov, V.T. Dolgikh, B.L. Basin
(Omsk State Medical Academy)

Summary. 64 pregnant women, with not complicated course of pregnancy (n=32), with preeclampsia of slight (n=18) and severe degree (n=14) have been examined. It has been established, that to define the level of preeclampsia verification

it is necessary to investigate functional condition of pancreas, defining in blood serum the level of pancreatic amylase and pancreatic lipase. These enzymes are predictors, allowing to estimate more precisely the severe forms of preeclampsia at pre-clinic stages and in due time to correct tactics of conducting the pregnant women.

Key words: preeclampsia, pancreas enzymes, diagnosis and prediction.

Проблема диагностики и лечения больных с преэклампсией и эклампсией по-прежнему актуальна и требует дальнейших более углубленных клинко-лабораторных исследований. Ежегодно публикуется более 1500 работ, посвященных различным аспектам этиологии, патогенеза, профилактики и лечения этого осложнения беременности, но многие вопросы так и остаются далекими от разрешения [3]. В общей популяции беременных женщин частота возникновения преэклампсии составляет 5-10%, а эклампсии – 0,05% [7]. В структуре материнской смертности на долю преэклампсии приходится 12%, а в развивающихся странах этот показатель достигает 30% [5]. В Российской Федерации преэклампсия и эклампсия в структуре материнской смертности на протяжении последних лет стабильно занимает второе-третье место [1,2]. В промышленно развитых странах показатели материнской и перинатальной смертности, связанной с преэклампсией, много ниже, чем в развивающихся странах, что свидетельствует об управляемости осложненных форм преэклампсии и о возможности эффективного влияния на исход при системном подходе к данной проблеме [7].

В последние годы отмечается увеличение числа случаев атипичного течения преэклампсии, что существенно затрудняет диагностику и дезориентирует врача в тактике ведения. Многими авторами признается, что при всех существующих методах прогнозирования и профилактики, примерно в 30% случаев развитие эклампсии является внезапным, и предотвратить её чрезвычайно сложно [4]. Следовательно, необходим поиск новых информативных и прогностически достоверных критериев диагностики данного осложнения беременности.

В литературе широко освещены вопросы поражения органов-мишеней при преэклампсии, которыми, по данным многих авторов, являются печень, легкие, почки и центральная нервная система. В последнее время особый интерес исследователей направлен на изучение патологии печени при преэклампсии, обуславливающей тяжелое течение и крайне неблагоприятные исходы [7]. Анатомическая и функциональная общность панкреато-гепатобилиарной зоны нацеливает на усиление интереса к поджелудочной железе, которая недостаточно изучена при преэклампсии. Цель работы – изучить возможность прогнозировать развитие тяжелого течения преэклампсии на основании оценки функциональных нарушений поджелудочной железы.

Материалы и методы

Обследовано 64 беременных женщин (n=64), из них: 32 беременные (50%) с неосложненным течением беременности (I группа), 18 беременных (28,1%) с преэклампсией легкой степени (II группа) и 14 беременных (21,9%) с преэклампсией тяжелой степени (III группа). Для оценки функционального состояния поджелудочной железы в плазме крови при помощи стандартных наборов реактивов фирмы «Аналитика» (Италия) исследовали активность липазы и панкреатической амилазы на биохимическом анализаторе «AUTOLAB». Кроме того, определяли массу тела, уровень систолического и диастолического артериального давления, содержание белка в моче, выраженность отеочного синдрома.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета статистических программ Statistica 6.0. Проверке статистических гипотез предшествовало определение характера распределения. Определяли основные параметры статистики (показатели центральной тенденции и рассеяние). В силу небольших выборок использовали непараметрические (критерий Манна-Уитни для парного сравнения независимых выборок, корреляционный анализ по Спирмену) методы проверки статистических гипотез. Сравнение относительных величин проводили с помощью точного критерия Фишера двустороннего или критерия χ^2 с поправкой Йетса. ROC-анализ проводили с использованием программы «MedCalc» (версия 11.6.1.0), определяли показатели чувствительности, специфичности, значение AUC (площадь под кривой) и пороги отсечения изученных показателей. Нулевая гипотеза отвергалась при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В Омской области преэклампсия и эклампсия как основная причина материнской смертности на протяжении последних пяти лет занимает первое место. Нами проведен анализ 17 случаев материнской смертности от преэклампсии в Омском регионе за пятилетний период (2004-2009 гг.). Установлено, что в 12 (71,1%) случаях отмечалась недооценка степени тяжести преэклампсии, что приводило к запоздалому родоразрешению, неадекватной интенсивной терапии, и обуславливало, в конечном итоге, летальный исход. При патоморфологическом исследовании материала, полученного от женщин, погибших от преэклампсии, в 76,6% случаев были выявлены грубые повреждения поджелудочной железы (n=9), панкреонекроз (n=4). При исследовании материала поджелудочной железы были выявлены обширные очаги некроза (n=4), пропитанные разрушившимися эритроцитами. В пяти случаях среди некротических локусов были сохранены дольки поджелудочной железы с выраженными дистрофическими изменениями ацинусов и очагами жирового некроза, в восьми случаях – умеренные дистрофические изменения, утолщение стромы, лимфогистиоцитарная инфильтрация и в одном – отек, кровоизлияния, полнокровие сосудов.

Таблица 1

Клиническая характеристика беременных с преэклампсией легкой (группа II) и тяжелой (группа III) степени

Показатель	Группы больных	
	II (n=18)	III (n=14)
Систолическое АД, мм рт.ст., Me (QL-QH)	138 (131; 142)	154 (148; 162) p=0,01*
Диастолическое АД, мм рт.ст., Me (QL-QH)	90 (86; 95)	94 (90; 98)
САД, мм рт.ст., Me (QL-QH)	104 (98; 110)	124 (118; 130) p=0,004*
Отсутствие артериальной гипертензии, абс. (%)	1 (5,6)	0 (0)
Уровень протеинурии, абс. (%): – 0,033-0,132 г/л – 0,132-1,0 г/л – 1,0-3,0 г/л	14 (77,8) 3 (16,6) 1 (5,6)	1 (7) (p=0,001)* 8 (57,1) (p=0,027)* 5 (35,7) (p=0,043)*
Выраженность отеочного синдрома, абс. (%): – отеки I степени – отеки II степени – отеки III степени	10 (55,6) 6 (33,3) 2 (11,1)	2 (14,4) (p=0,043)* 6 (42,8) 6 (42,8) (p=0,049)*
Общая прибавка массы тела за время беременности, кг, Me (QL-QH)	14,5 (10,4; 16,8)	17,2 (13,3; 21,2)
Классическая триада симптомов, абс. (%)	14 (77,8)	14 (100)
Средний возраст, годы, Me (QL-QH)	24,6 (23,2; 26,4)	27,5 (25,4; 29,5)

Примечание: * – различия статистически значимы между подгруппами при $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни для парного сравнения независимых выборок, точный критерий Фишера двусторонний при $p < 5$ и критерий χ^2 с поправкой Йетса). Me (QL; QH) – медиана (нижний – верхний квартили).

Таблица 3

Прогностическая сила показателя уровня панкреатической амилазы и липазы сыворотки крови при определении степени тяжести преэклампсии

Группы	AUC (95% ДИ)	Координаты ROC-кривой	Сравнение полученной AUC и AUC=0,5
Амилаза			
Группы I (n=32) и II (n=18)	0,90-0,98	>9,5 МЕ/л; Se=81,3-98,0 (ДИ); Sp=81,3-99,0 (ДИ)	p<0,0001*
Группы II (n=18) и III (n=14)	0,90-0,98	>15,7 МЕ/л; Se=81,3-98,0 (ДИ); Sp=81,3-97,0 (ДИ)	p<0,0001*
Липаза			
Группы I (n=32) и II (n=18)	0,90-0,97	>7,2 МЕ/л; Se=81,3-98,0 (ДИ); Sp=81,3-99,0 (ДИ)	p<0,0001*
Группы II (n=18) и III (n=14)	0,90-0,96	>15,4 МЕ/л; Se=81,3-98,0 (ДИ); Sp=81,3-97,0 (ДИ)	p<0,0001*

Примечание: * – статистически значимые различия при p<0,05 (z-критерий), ДИ – доверительный интервал, Se – селективность, Sp – специфичность.

Эти факты послужили основанием для углубленного изучения дисфункции поджелудочной железы при преэклампсии, поиска критериев диагностики и прогноза вероятности утяжеления преэклампсии.

Оценка степени тяжести преэклампсии по Гоеку-Савельевой не вполне отвечает современным требованиям практического здравоохранения, так как в ней не отражены тесты лабораторной диагностики, применяемые при данной патологии. Поэтому мы сочли возможным для более достоверной диагностики степени тяжести преэклампсии учитывать параметры функционального состояния поджелудочной железы. Клинические критерии степени тяжести преэклампсии представлены в таблице 1.

Как видно из приведенных данных, на основании клинической картины значимо оценить степень тяжести преэклампсии не всегда возможно. По нашим данным, мы не нашли существенного различия в показателях систолического артериального давления у больных с преэклампсией легкой и тяжелой степени. В то же время нами были выявлены значимые различия в показателях среднего артериального давления у больных групп II и III (табл. 1).

Таблица 2

Корреляционные связи показателей функционального состояния поджелудочной железы и симптомов преэклампсии у беременных исследуемых групп (Спирмен)

Пара сравниваемых показателей	Группы больных	
	II (n=18)	III (n=14)
Активность липазы – выраженность отеков	r=0,18; p>0,05	r=0,82; p<0,05*
Активность липазы – артериальная гипертензия	r=0,55; p>0,05	r=0,77; p<0,05*
Активность липазы – протеинурия	r=0,15; p>0,05	r=0,79; p<0,05*
Активность амилазы – выраженность отеков	r=0,22; p>0,05	r=0,89; p<0,05*
Активность амилазы – артериальная гипертензия	r=0,43; p>0,05	r=0,82; p<0,05*
Активность амилазы – протеинурия	r=0,17; p>0,05	r=0,79; p<0,05*

Примечание: * – наличие статистически значимых стохастических связей между показателями. r – коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Выявлена сильная корреляционная связь клинических симптомов при тяжелой преэклампсии с признаками дисфункции поджелудочной железы. Для беременных с преэклампсией легкой степени это не было характерно (табл. 2).

Таким образом, у беременных с тяжелой преэклампсией активность липазы и амилазы, свидетельствующие о выраженном повреждении ткани поджелудочной железы, сильно коррелируют с артериальной гипертензией и протеинурией, в то время как при легкой преэклампсии данная связь отсутствовала.

Для оценки информативности диагностического теста мы провели ROC-анализ (Receiver Operating Characteristic analysis). ROC-кривая или характеристическая кривая – это кривая зависимости чувствительности от вероятности ложноположительных результатов. Информативность диагностического теста определяется тем, насколько высоко лежит его характеристическая кривая. Чем ближе площадь под кривой (AUC) к площади квадрата (условно принятой за 1), тем эффективнее

диагностический тест. Чем ближе кривая к диагонали, тем ниже эффективность диагностического метода.

Согласно нашим данным, предложенные критерии оценки степени тяжести преэклампсии имеют высокую прогностическую силу (доверительный интервал AUC от 0,9 до 0,98), чувствительность и специфичность (табл. 3).

Суммируя полученные результаты по степени тяжести преэклампсии, мы получили комплексные характеристики (порог отсечения) перехода состояний: нормальная беременность → преэклампсия легкой степени → преэклампсия тяжелой степени (табл. 4).

При увеличении уровня панкреатической амилазы свыше 9,5 МЕ/л и/или уровня панкреатической липазы свыше 7,2 МЕ/л следует прогнозировать высокую вероятность развития легкой степени преэклампсии. При повышении уровня панкреатической амилазы более 15,7 МЕ/л и/или уровня панкреатической липазы более 15,4 МЕ/л, вероятен переход преэклампсии из легкой в тяжелую степень.

Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют о том, что для верификации степени тяжести преэклампсии необходимо исследовать функциональное состояние поджелудочной железы,

Таблица 4

Характеристика ключевых значений тестируемых показателей (порог отсечения групп I и II, II и III) для определения/прогнозирования степени тяжести преэклампсии

Показатель	Порог отсечения	
	Нормальная беременность – преэклампсия легкой степени	Преэклампсия легкой степени – преэклампсия тяжелой степени
Среднее артериальное давление, мм рт.ст.	>96	>110
Панкреатическая амилаза, МЕ/л	>9,5	>15,7
Панкреатическая липаза, МЕ/л	>7,2	>15,4

определяя в сыворотке крови уровень панкреатической амилазы и панкреатической липазы. Мы посчитали целесообразным дополнить таблицу Гоека-Савельевой дополнительными тестами, отражающими степень дисфункции поджелудочной железы. Панкреатическая амилаза и панкреатическая липаза являются прогностическими критериями, позволяющими более значимо проводить оценку степени преэклампсии. Полученные результаты порогов отсечения позволяют идентифицировать тяжелые формы преэклампсии на доклинической стадии и своевременно корректировать тактику ведения беременных, а, в конечном итоге, оптимизировать исход беременности, осложненной преэклампсией, для матери и ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макаров О.В., Николаев Н.Н., Волкова Е.В. Артериальная гипертензия у беременных. Только ли гестоз?: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 176 с.
2. Радзинский В.Е., Галина Т.В. Проблемы гестоза и подходы к их решению // Казанский медицинский журнал. – 2007. – Т. LXXXVIII, № 2. – С.114-117.
3. Серов В.Н., Маркин С.А., Лубнин А.Ю. Эклампсия. – М.: МИА, 2002. – 462 с.
4. Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2002. – 432 с.
5. Davidson J.M., Homuth V., Jeyabalan A., et al. New aspects in the pathophysiology of preeclampsia // Am. Soc. Nephrol. – 2004. – Vol. 15. – P.2440-2448.
6. Levim R.J., Lam C., Qian C., et al. Soluble endo- ligin, a novel circulation anti-angiogenic factor in preeclampsia // Am. J. Obstet. gynecol. – 2005. – Vol. 193. №6. – P.14-17.
7. Rath W. Präeklampsie: Aktuelles Management // Hebammen. – 2008. – Vol. 21. – P.1-6.

Информация об авторах: Омск, 644043, ул. Ленина, д. 12, ОмГМА, тел. 8 (3812) 23-26-74, факс 8 (3812) 25-66-68, Есипович Татьяна Владимировна – ассистент, к.м.н., e-mail: esipovich.omsk@gmail.com; Баринов Сергей Владимирович – заведующий кафедрой, д.м.н., профессор; Долгих Владимир Терентьевич – заведующий кафедрой, Заслуженный деятель науки РФ д.м.н., профессор; Басин Борис Львович – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии №2

© БЕРЕЗНИКОВ А.В., КОНЕВ В.П., АХМЕДОВ В.А., ПИСЬМЕННЫЙ И.В. – 2012
УДК 616.248-08:340.6

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА СЛУЧАЕВ ОКАЗАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Алексей Васильевич Березников¹, Владимир Павлович Конев¹,
Вадим Адильевич Ахмедов¹, Игорь Викторович Письменный²

(¹Омская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. А.И. Новиков, кафедра судебной медицины с курсом правоведения, зав. – д.м.н., проф. В.П. Конев, кафедра факультетской терапии, зав. – д.м.н., проф. В.А. Остапенко; ²МУЗ г. Омска «Городская поликлиника №3», гл. врач – И.В. Письменный)

Резюме. При экспертизе случаев оказания терапевтической помощи больным с бронхиальной астмой установлено, что значительно снижают эффективность терапевтической помощи дефекты, допущенные при исполнении основных этапов диагностики и лечения заболевания. Использование предложенной методики, основанной на расчете показателя накопленной информативности случая, позволяет объективизировать экспертную оценку качества оказания помощи больным с бронхиальной астмой.

Ключевые слова: бронхиальная астма, экспертиза терапевтической помощи.

FORENSIC MEDICINE METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE EXPERT APPRAISAL OF THERAPEUTIC CARE QUALITY IN BRONCHIAL ASTHMA

A.V. Bereznikov¹, V.P. Konev¹, V.A. Akhmedov¹, I.V. Pismenniy²
(¹Omsk State Medical Academy, ²Outpatients Department №3 of the city of Omsk)

Summary. In the expert examination of the cases of rendering therapeutic assistance to the patients with bronchial asthma it has been established that defects, making during fulfilment of the main stages of diagnosis and treatment of the disease, considerably decrease the efficacy of therapeutic assistance. The use of the methods suggested, based on the calculation of the index of accumulated self-descriptiveness of a case, allows to objectify the expert evaluation of quality of rendering assistance to the patients with bronchial asthma.

Key words: bronchial asthma, expert examination of medical care quality.

Достаточно давно диагностика и лечение бронхиальной астмы были стандартизированы, что привело к значительному росту качества помощи больным, однако, по-прежнему в клинической практике остаются случаи тяжелого течения бронхиальной астмы, частые рецидивы, тяжелые обострения. Зачастую сами больные или их родственники считают, что причиной их тяжелого состояния является плохо оказанная им медицинская помощь, а не естественное течение заболевания [6,7]. Подобные случаи достаточно часто являются причиной жалоб в органы надзора, страховые компании, а также судебных споров между гражданами и лечебно-профилактическими учреждениями. В таких случаях проводится экспертиза случая оказания медицинской помощи, причем в качестве эксперта привлекаются клиницисты – терапевты, пульмонологи.

При проведении экспертизы перед экспертами встает целый ряд вопросов: относительно имеющего место исхода, о дефектах оказания терапевтической помощи, взаимосвязи последних с исходами, при проведении судебно-медицинской экспертизы зачастую возникает необходимость квалификации ненадлежащего оказания медицинской помощи. Ответы на все эти вопросы всецело находятся в компетенции эксперта и зависят от его точки зрения по конкретному вопросу, никаких со-

временных данных и методов проведения экспертизы в настоящее время нет. Отсюда очень неоднозначными получаются оценки экспертов, зачастую не только противоречат друг другу в мелочах, но и взаимоисключают друг друга. Следует подчеркнуть избыточную жесткость выводов и мнений клиницистов, приглашенных в качестве экспертов к их коллегам.

Цель: разработать методику судебно-медицинской экспертной оценки в случаях оказания терапевтической помощи больным с бронхиальной астмой.

Материалы и методы

В исследовании проведена оценка 103 случаев оказания терапевтической помощи больным с бронхиальной астмой с целью выявления эффективности стандартной и нестандартной медицинской помощи в условиях практического здравоохранения больным и оценки влияния дефектов оказания медицинской помощи на течение патологического процесса и эффективность оказанной помощи. Все случаи отобраны методом рандомизации из массива экспертиз случаев оказания медицинской помощи по поводу бронхиальной астмы, проведенных экспертами страховой компании «АСКО-ЗАБОТА».

Использовались судебно-медицинские методы и