А.Г.ПАШИНЯН, д.м.н., профессор, **Л.Д.ТЕРЕНТЬЕВА**, РГМУ, МГМСУ

Судебно-медицинская экспертиза

НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Уголовные дела по обвинению врачей в профессиональных ошибках обычно заводят в связи с обращением больных и их родственников с жалобами в органы прокуратуры и здравоохранения. Врачей обвиняют в ошибочной диагностике заболевания, назначении неправильного лечения, несвоевременном или неправильном проведении операции, грубости и халатности, а также в ряде других правонарушений. В основе жалоб лежит психологическая реакция на смерть или инвалидизацию близкого человека, особенно в том случае, если неблагоприятный исход наступил неожиданно. В качестве примера приведем случай из экспертной практики. На основании отношения межрайонной прокуратуры судебно-медицинская экспертная комиссия произвела исследование материалов в связи со смертью гр-ки Щ., 1974 г.р.

Из протокола служебного расследования случая смерти гр-ки Щ.: «Гр-ка Щ., 1974 г.р., встала на учет по беременности в женской консультации городской поликлиники №…, настоящая беременность вторая (первая в 1994 г. закончилась искусственным абортом на малом сроке).

Из анамнеза известно, что у женщины отмечалась дисфункция яичников (проводилось лечение марвелоном), хламидиоз, ВПГ, ЦМВ, эрозия шейки матки. Она была дважды госпитализирована при сроках беременности 6—7 и 11 недель с диагнозом: угроза прерывания беременности на фоне дисфункции яичников центрального генеза, гирсутизм, хроническое воспаление придатков, хламидиоз, ВПГ, ЦМВ.

Гр-ку Щ. определили как беременную высокой степени риска и в дальнейшем вели совместно с заведующим отделением; весь период беременности она находилась на больничном листе.

Врачи женской консультации неоднократно предлагали женщине госпитализацию по поводу угрозы прерывания беременности, от чего гр-ка Щ. отказывалась.

На сроке 25—26 нед. беременности пациентка была госпитализирована в родильный дом №… с диагнозом: ОГА, угроза прерывания, анемия беременных, ФПН. Ей было назначено лечение, направленное на сохранение беременности: в связи с однократным подтеканием вод назначена антибактериальная терапия и постельный режим. На 15-й день пребывания в стационаре у пациентки появились боли внизу живота и в пояснице слева, она встала с кровати, после чего внезапно потеряла сознание, и у нее развился цианоз лица и шеи. Были начаты реанимационные мероприятия. Пациентку поместили в палату интенсивной терапии, где ей провели закрытый массаж сердца, ИВЛ «Амбу», массивную инфузионную терапию и перевели на аппаратное дыхание. Принятые меры оказались неэффективными, и через 45 мин. была констатирована смерть больной. Выездная реанимационная акушерско-гинекологическая бригада из ГКБ зафиксировала биологическую смерть беременной.

Клинический диагноз: беременность 27—28 нед., угроза прерывания беременности, анемия беременных, тромбоэмболия легочной артерии.

Выводы. В результате разбора этого случая комиссия пришла к заключению, что оказание медицинской помощи беременной Щ. как в женской консультации городской больницы №…, так и в родильном доме №… было проведено в полном объеме и соответствовало ее состоянию. Смерть пациентки наступила в результате тромбоэмболии».

Представлены подлинные медицинские документы: медицинская карта амбулаторного больного из поликлиники по месту жительства; индивидуальная карта беременной и родильницы №… женской консультации при поликлинике №… (во вкладыше к карте беременной указано: беременность 26 нед., угроза выкидыша на фоне дисфункции яичников центрального генеза (2б), гирсутизм (2б), с-м гиперкоагуляции +1, анемия беременных (2б), 2 б ФПН, 2Б низкая плацентация); подлинная медицинская карта стационарного больного №… из гинекологической больницы №…; подлинная история родов №… из роддома №…

Клинико-патологоанатомический эпикриз: непосредственная причина смерти — тромбоэмболия ствола и главных ветвей легочной артерии. Источник тромбоэмболии — обтурирующие тромбы левой подвздошной вены. При гистологическом исследовании внутренних органов выявлены признаки хронического ДВС-синдрома, который явился фоном для развития тромбоза левой подвздошной вены.

Клинический и патологоанатомический диагноз совпадают.

Заключение. На основании исследования представленных материалов, в отсутствие вопросов, поставленных на разрешение, комиссия судебно-медицинских экспертов пришла к следующему заключению:

1. Смерть гр-ки Щ. наступила от тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), развившейся вследствие тромбоза подвздошной вены при сроке беременности 28 нед.

2. Наступление смерти гр-ки Щ. не находится в прямой причинно-следственной связи с действиями врачей, осуществлявшими ее ведение и лечение во время беременности, в т.ч. в роддоме №…

3. ТЭЛА развилась у гр-ки Щ. на фоне пролонгирования беременности при подтекании околоплодных вод. Считать, исходя из этого, что прерывание беременности (вместо ее пролонгирования) позволило бы избежать летального исхода, безосновательно, т.к. само прерывание беременности в подобной ситуации способно послужить причиной осложнений с летальным исходом, в т.ч. ТЭЛА.

Примечания: тромбоз глубоких вен подвздошно-бедренной области (к числу которых относится и левая подвздошная вена) является наиболее частой причиной ТЭЛА у беременных; ТЭЛА — заболевание с высокой степенью летальности. Оно встречается у 7 беременных из 1000 и занимает в экономически развитых странах второе место в структуре материнской смертности. Причиной тромбозов и эмболии у беременных женщин является связанная с беременностью активация свертывающей системы крови. Изменения свертывающей системы крови, обусловленные беременностью, включают повышение уровней фибриногена, протромбина, факторов (свертывания) VII, VIII, IX, X; современный уровень научных и практических медицинских знаний, даже при их максимальном и своевременном привлечении, не способен обеспечить надежную профилактику ТЭЛА в 100% случаев.

Председатель комиссии
Члены комиссии