

СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“

УНИВЕРСИТЕТСКА БОЛНИЦА „ЛОЗЕНЕЦ“

СОФИЯ

Катедра „Хирургични болести, акушерство и гинекология“

Д-р Росен Трендафилов Хаджиев

**ПРЕВАНТИВНО ЗНАЧЕНИЕ НА АНАЛИЗ
НА СЛУЧАИ НА ПРОФЕСИОНАЛНИ ПРАВОНАРУШЕНИЯ В ХИРУРГИЧНАТА И
ДРУГИ МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛНОСТИ ПО СОБСТВЕН АРХИВЕН И НА УБ
„ЛОЗЕНЕЦ“ МАТЕРИАЛ**

Автореферат

на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен

„ДОКТОР“

Научен ръководител

Доц. д-р Мария Младенова Грозева, д.м.

София, 2018

Дисертацията е с обем 111 страници, съдържа 10 фигури, 3 таблици и 10 снимки.
Публична защита, определена за 31.07.2018 г. от 14.00 часа

СЪДЪРЖАНИЕ

1. ВЪВЕДЕНИЕ.....	5
2. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ.....	6
3. МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ.....	7
4. СОБСТВЕНИ РЕЗУЛТАТИ.....	9
5. ДИСКУСИЯ.....	28
6. ИЗВОДИ.....	33
7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	33
8. ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	34
10. ПУБЛИКАЦИИ И ДОКЛДИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	35

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

ГПК - Гражданско – процесуален кодекс

ИАМО – Изпълнителна агенция „Медицински одит“

ИТМ – Индекс на телесна маса

НПК – Наказателно-процесуален кодекс

СМЕ – Съдебномедицинска експертиза

УМБАЛ – Университетска болница за активно лечение

1. ВЪВЕДЕНИЕ

Проблемът за медицинските професионални правонарушния винаги е бил актуален, но през последните години придоби особено изразена социална значимост. От една страна поради широкото навлизане на научно-техническия прогрес в медицинската наука и практика, тясната специализация на медицината, профилирането на здравните заведения и непрекъснатото нарастване на техния брой, а от друга, поради непрекъснато нарастващата информираност на пациентите, дълбоките социални и културни промени през последните години, както и засилени материални интереси при настъпили вредоносни резултати. Не на последно място трябва да се спомене и засиленото медийно присъствие при отразяването на събитията, свързани с правонарушенията от страна на медицинските работници и по-конкретно с дела срещу лекари, нерядко хвърлящи негативен отпечатък върху цялото медицинско съсловие.

В процеса на медицинската дейност се създават сложни взаимоотношения между участниците в него, които не могат да бъдат приравнени до чисто пазарни такива. От една страна са медицинските работници, които чрез своята изключително оотговорна дейност предлагат здравни услуги, а от друга страна са пациентите, обременени от страданието си и очакващи от лекаря да им помогне. Не винаги тези очаквания обаче се оправдават и често настъпват вредоносни резултати, водещи до телесни повреди, а дори в по-тежките случаи и до настъпването на смърт. Това безспорно хвърля много тежък отпечатък както върху пациентите и техните близки, така и върху лекарите не само в психологически аспект, но и върху професионалната им кариера. Не следва да се пренебрегва и икономическият ефект от медицинските професионални правонарушения. Загубата на работна сила от една страна и разходите, съпътстващи процесуално-следствените действия въобще, слагат безспорен негативен отпечатък върху икономиката на държавата. Не на последно място трябва да се спомене и фактът, че създаването на един медицински специалист е продължителен и скъпо струващ процес. Ето защо, всички тези сложни отношения трябва да бъдат регулирани по някакъв начин и това се осъществява чрез медицинската етика и медицинското право. Медицинската етика е учение за медицинския морал и третира съзнанието, отношенията и поведението в процеса на оказване на медицинска помощ-елементи, които нямат задължителен характер. Медицинското право е част от правото и приетите закони, наредби и подзаконовни актове имат императивен характер. Както медицинската етика, така и медицинското право имат за основна цел постигане на баланс между правата на отделната личност с интересите на обществото

Съвременните изследвания показват, че няма специалности, незасегнати от медицински правонарушения. С най-голям дял обаче остават инвазивните дисциплини, като хирургия, акушерство и гинекология, ортопедия и травматология. До тях се нареждат анестезиология и ранимация, кардиология, педиатрия и др. Причините са най-различни: навлизането на вискотехнологични и агресивни методи на диагностика и лечение, тясната специализация на медицината, липсата на субординация между отделните звена, ангажирани в лечебно-диагностичния процес, повърхностно снемане на анамнеза, прием на болни в празнични или почивни дни, липсата на адекватни

постоперативни грижи, непълна и некоректна медицинска документация, големият информационен поток към пациентите и др. Тук е мястото да бъдат споменати и съдебномедицинските експертни грешки. Неправилно или повърхностно извършена аутопсия или неизвършването на такава, не вземането на материали за дългителни изследвания нерядко води до погрешни изводи. Всичко това насочва органите на съдопроизводството в неправилна посока и впоследствия се стига до несправедливи обвинения и присъди. Съдебномедицинската експертиза е задължително доказателствено средство в дела срещу лекари. Правилно подбрани експертен състав и изработването на обективно и безпристрастно заключение са едни от важните фактори за качествено разследване и справедливи присъди.

Независимо, че през последните години едва ли има по-критикувано съсловие от лекарското, развитето на медицинската наука и практика, тясната колаборация между всички институции имащи отношение към здравеопазването, както системната и методична дейност към повишаване на здравната култура на населението, могат да формират един солиден фундамент за решаването на такива тежки социални проблеми, каквито са медицинските професионални правонарушения.

2. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

2.1. Цел на настоящото изследване е установяване честотата на медицинските професионални правонарушения в някои специалности и допусканите най-чести грешки в диагностичен и терапевтичен аспект.

2.2. Задачи

За да се постигне тази цел си поставихме следните задачи:

2.2.1. Определяне честотата на допуснатите медицински професионални правонарушения за периода 2000 - 2012 г. на база жалби и самосезиране.

2.2.2. Установяване на честотното разпределение на жалбоподателите при образуване на досъдебните производства.

2.2.3. Характеристика на видовете съдебномедицински експертизи.

2.2.4. Определяне честотното разпределение по специалности на вещите лица, участници в разглежданите СМЕ.

2.2.5. Честотно разпределение по медицински специалности на допуснатите професионални правонарушения.

2.2.6. Установяване на връзка между информация за предварително съществуващи заболявания и честота на медицинските професионални правонарушения.

2.2.7. Установяване на честотното разпределение на случаите при които е търсена спешна медицинска помощ.

2.2.8. Анализ по полова принадлежност на засегнатите от медицински професионални правонарушения.

2.2.9. Честотно разпределение по възраст на пациентите-жалбоподатели.

2.2.10. Установяване на честотата на съвпадение между поставената и патологоанатомичната диагнози.

3. МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ:

Изследването се проведе в Университетска болница „Лозенец“, като бяха използвани и анализирани съдебномедицински експертизи за периода 2000 - 2012 г.

Основните критерии за анализиране на съдебномедицинските експертизи бяха постъпилите жалби или самосезиране за настъпили вредоносни резултати от медицински действия в различните специалности.

Разгледани са детайлно 122 съдебномедицински експертизи.

3.1. СЪДЕБНОМЕДИЦИНСКИ АРХИВЕН МАТЕРИАЛ:

Анализираните 122 съдебномедицински експертизи бяха подробно разгледани съобразно следните критерии:

Възраст от 0 до 65 години, разделени в три възрастови категории и една над 65 години;

Вид на съдебномедицинската експертиза- първоначална, повторна и допълнителна;

Жалбоподател- пациенти, пациенти и самосезиране;

Медицински специалности- съдебна медицина, акушерство гинекология, анестезиология и реанимация, хирургия, травматология, вътрешни и кардиология, други;

Специалност на участниците в съдебномедицинските експертизи.

Регистрирани или не преди търсенето на медицинската помощ заболявания.

Потърсена или непотърсена спешна помощ;

Съвпадение или несъвпадение на клиничната и патологоанатомичната /съдебномедицинската аутопсия.

3.2. МЕДИЦИНСКИ ИЗТОЧНИЦИ НА ДАННИ:

Съдебномедицински експертизи, със съдържащи се в тях данни от:

- История на заболяване;
- Епикризи;
- Фишове за патологоанатомично изследване;
- Амбулаторни листи;
- Резултати от образни изследвания;
- Данни от консултативни прегледи;
- Медицински направления;
- Съдебномедицински експертизи на трупове;
- Аутопсионни протоколи;
- Ексхумации

3.3. СТАТИСТИЧЕСКИ МЕТОДИ:

Използвани са следните статистически методи:

1.Честотен анализ на качествени промени, които включват абсолютни и кумулативни честоти в проценти.

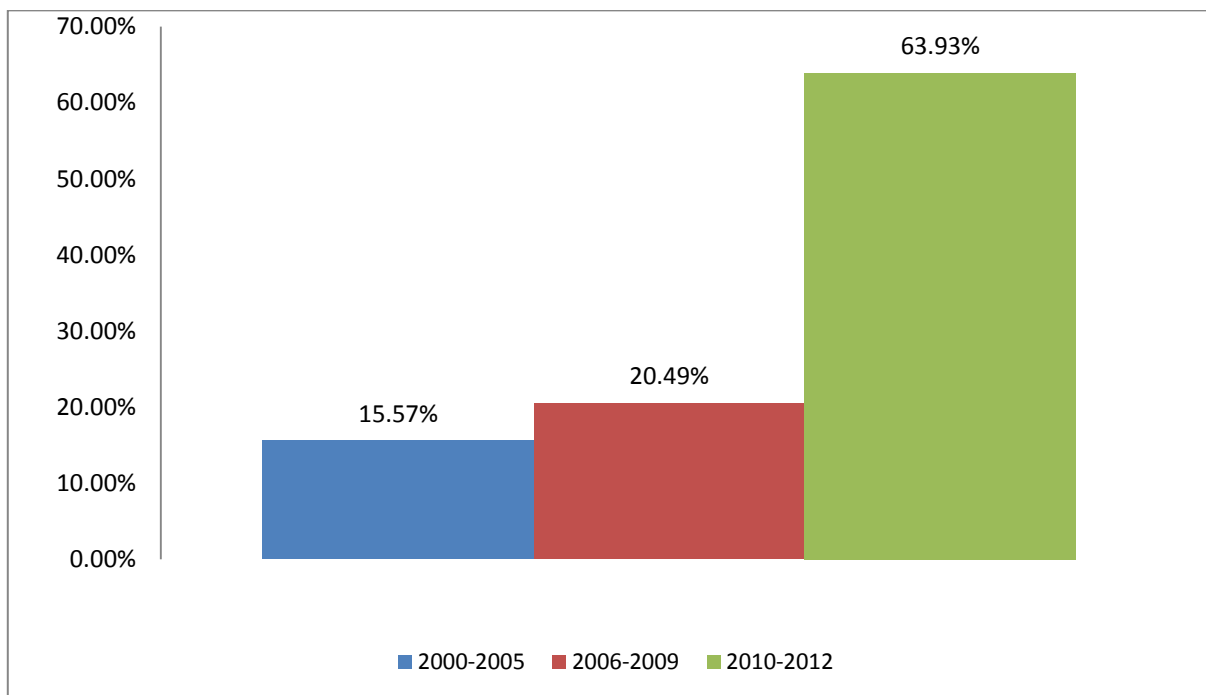
2.Графичен анализ.

За отчитане на данните от пациенти беше използван статистически пакет за обществени науки SPSS for Windows version 13.0.

4.СОБСТВЕНИ РЕЗУЛТАТИ

Задача №1: Определяне честотата на допуснатите медицински професионални правонарушения за периода 2000г - 2012 г. на база жалби и самосезиране

При анализа на проследените 122 съдебномедицински експертизи във връзка с досъдебни и съдебни производства се установи следното разпределение на честотата им в рамките на 12 години от 2000 год. до 2012 год. Извършено е разделение на случаите в три периода: от 2000 год. до 2005 год; от 2006 год. до 2009 год; от 2010 год. до 2012 год. Резултатите показват, че за първия период честотата е 15,57%, за втория 20,49% и най-висока е за третия период 63,93%. Според броя на експертите за първия период те са 19, за втория 25, а за третия 78. От получените данни се установява, че е най-висок е процентът на анализирани експертизи от 2010 год. до 2012 год, а най-нисък в периода от 2000 год. до 2005 год. Забелязва се осезаема тенденция към повишаване на броя на претенциите към здравните работници за допуснати от тях медицински професионални нарушения.

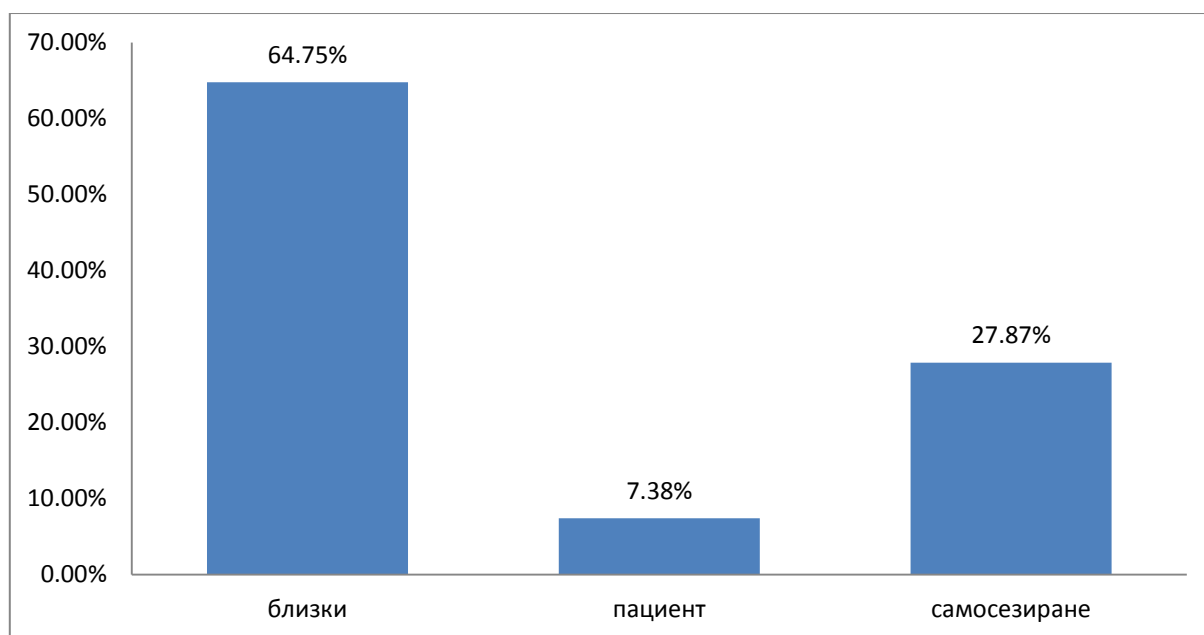


Фиг .1. Разпределение на честотата на съдебномедицинските експертизи за периода 2000-2012 год. на база жалби и самосезиране

Обобщение: Налице е тенденция към повишаване на броя на претенциите към медицинските работници за допуснати от тях професионални правонарушения след 2010г в сравнение с минали периоди.

Задача №2: Установяване на честното разпределение на жалбоподателите при образуване на досъдебните производства

Разглеждайки общия брой на подадените жалби се установява, че в 79 от случаите жалбоподатели се явяват близките на пациентите (64,75%), в 9 от случаите жалбоподател е самият пациент (7,38%), а в останалите 34 правозащитните органи са се самосезирали (27,87%). Превалират жалбите, подадени от близките в случаи на настъпила смърт. В това число са жалбите и при непълнолетни пациенти. Самите пациенти са подали жалби, при настъпило разстройство на здравето, но не и смъртен изход. Тава се констатира когато пострадалите са били родилки и е настъпил неблагоприятен изход за плода. При значителния брой от случаите органите на правораздаването са се самосезирали.



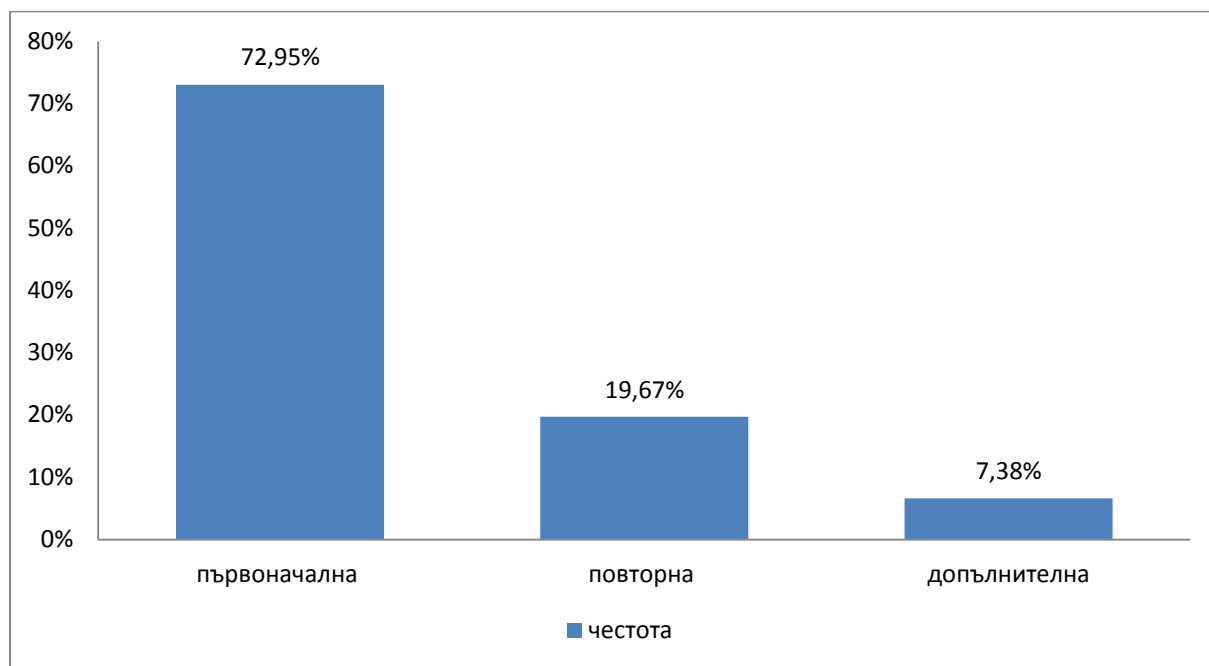
Фиг.2. Честота на различните жалбоподатели и случаите на самосезиране

Обобщение: При неблагоприятни последствия в резултат на проведена медицинска дейност жалбоподателите са основно близки на пострадалите и особено когато това са родилки. В известен брой от случаите органите на правораздаването са се самосезирали.

Задача №3 : Характеристика на видовете съдебномедицински експертизи

От направения анализ на 122 съдебномедицински експертизи се установява, че 89 (72,95%) от тях са първоначални, 24 (19,67%) са повторни и 9 (7,38%) са допълнителни. Не винаги органите на съдопроизводството са удовлетворени от първоначално дадените заключения. Те или не са достатъчно ясни и аргументирани или будят основателно съмнение за неправилност. Незадълбоченото и повърхностно

анализиране на всички факти приложени в материалите по досъдебните производство, неотчитането на медицинските стандарти за различните специалности, желанието да се подходи снизходително към колегите е обект на претенции и са сред най-често срещаните причини за искането на повторни експертизи. Също така е на лице желанието и опитите на засегнатата страна да преформира фактите в нейна полза и да се настоява за нови експертизи. Процентът на допълнителните експертизи не е голям-7,38%, тъй като обикновено при събирането на материалите се изисква цялата документация и сравнително рядко се появяват допълнителни факти.



Фиг.3. Честотно разпределение на различните видове експертизи

Обобщение: Най-честите видове съдебномедицински експертизи са първоначалните, следвани от повторните. Допълнителни СМЕ се изискват по-рядко. Повторните и допълнителни СМЕ се налагат от незадоволителното анализиране на данните, отклонение от медицинските стандарти и представяне на по-късен етап на допълнителни данни.

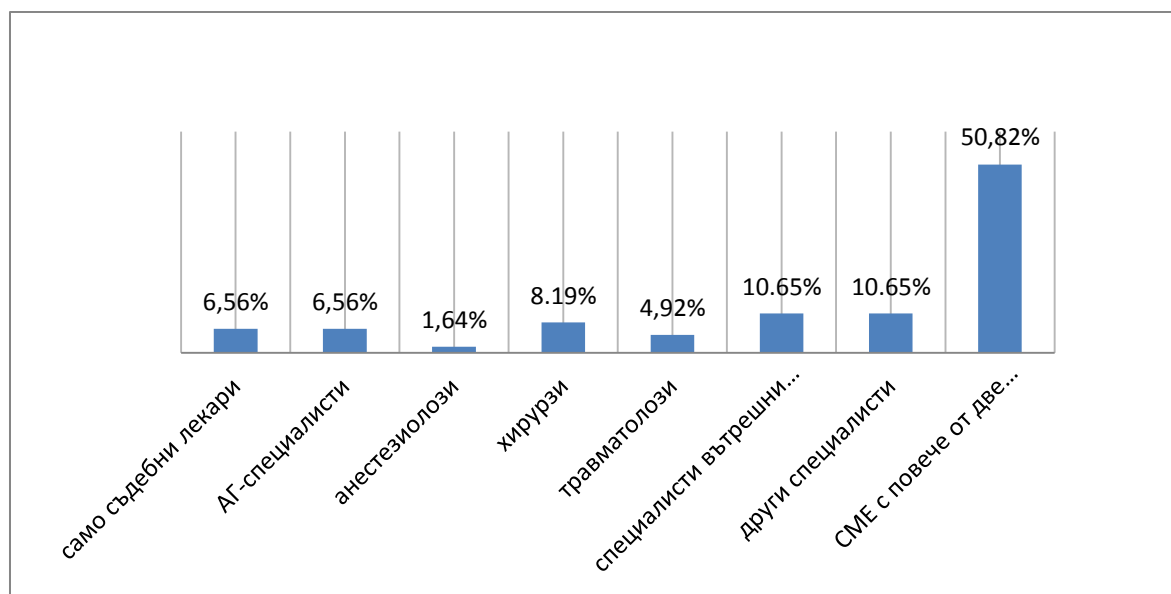
Задача №4: Честотно разпределение по специалности на вещите лица, участници в разглежданите СМЕ

В анализиранияте СМЕ участват лекари от различни медицински специалности. С оглед на голямата вариабилност на случаите при анализа бе установено следното: експертизи само от съдебни лекари - 6,56% (8); експертизи с участие на акушер-гинеколози - 6,56% (8); с анестезиолози - 1,64% (2); с хирурзи в 8,19 % (10) от случаите; с травматолози - 4,92% (6); със специалисти вътрешни болести - 10,65% (13); с други специалности - 10,65% (13), експертизи със специалисти с повече от две

специалности – 50,82 % (62) Установява се преобладаващ брой на експертизите с участието на вещи лица от повече от две специалности. Малка е честотата на експертизите, изготвени само от съдебни лекари и такива, изготвени от вещи лица от две специалности.

Специалности на вещите лица, участвали в експертизите	Брой случаи	Честота (%)
Само от съдебни лекари	8	6,56
С АГ-специалисти	8	6,56
С анестезиолози	2	1,64
С хирурзи	10	8,19
С травматолози	6	4,92
Със специалисти вътрешни болести	13	10,65
С други специалности	13	10,65
СМЕ с повече от две специалности	62	50,82

Таблица № 1. Честотно разпределение по специалностите на вещите лица участвали в експертизите.



Фиг.4. Честотно разпределение по специалностите на вещите лица участвали в експертизите.

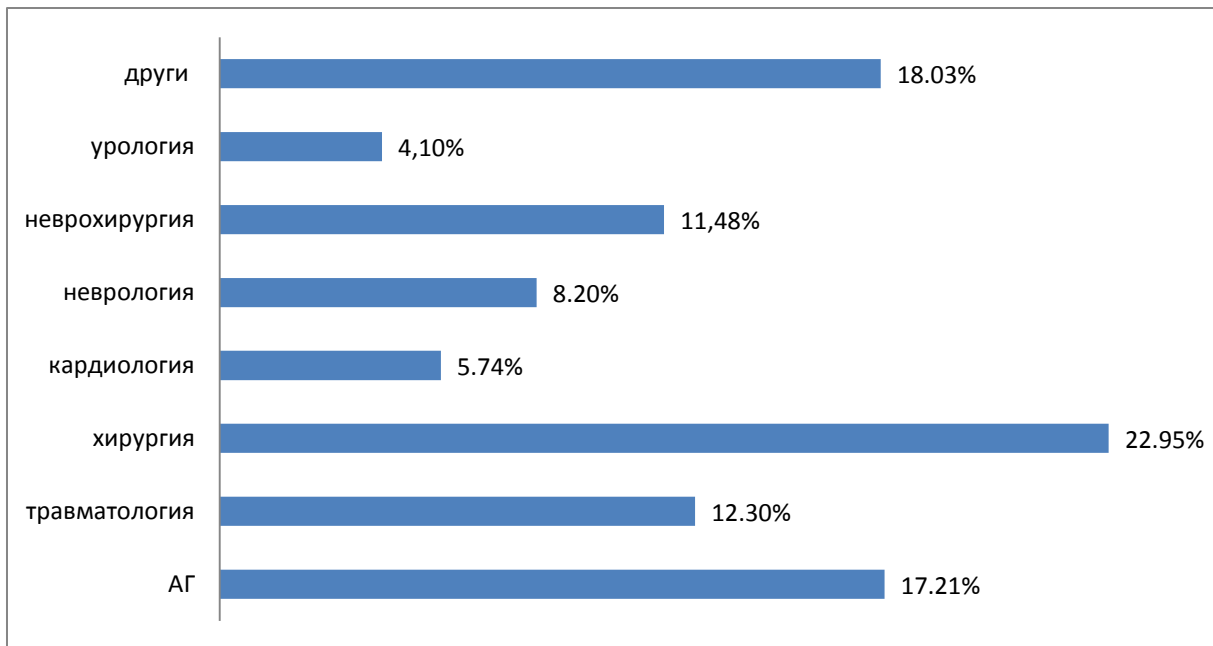
Обобщение: Преобладават съдебномедицинските експертизи, в чийто състав участват специалисти от повече от две специалности. Съдебните лекари изготвят в повечето случаи съдебномедицинските експертизи съвместно с поне едно нещо лице от друга специалност. Това се налага от необходимостта за мултидисциплинарен подход при решаването на казусите в тази сложна материя.

Задача № 5: Честотно разпределение по медицински специалности засегнати от професионални правонарушения

Основните медицински специалности, които са най-засегнати от претенции за медицински професионални правонарушения са: хирургия – 22,95% (28); акушерство и гинекология - 17,21% (21) ; неврохирургия - 11,48% (14); травматология - 12,30% (15); кардиология - 5,74 % (7) ; урология - 4,10 % (5); неврология 8,20% (10); други 18,03% (22). Преобладават случаите на инвазивните медицински специалности. Неправилен избор на определен оперативен метод, неправилно разчитане на резултати от обзорни изследвания, развитието на различни усложнения в постоперативния период, некоректно оформяне на медицински документи с цел финансиране от НЗОК, некоректна преценка за извършване на родоразешение чрез Цезарево сечение, неприлагане на адекватно антибиотично лечение в пуерпералния период, развитието на амниотична емболия, неприлагането на антиагрегантна и антикоагулантна терапия са сред най-честите причини за настъпването на неблагоприятни последици в инвазивните медицински специалности, респ. за претенции от страна на жалбоподателите.

Специалности	Брой случаи	Честота (%)
Акушерство и гинекология	21	17,21
Хирургия	28	22,95
Неврохирургия	14	11,48
Неврология	10	8,20
Кардиология	7	5,74
Травматология	15	12,30
Урология	5	4,10
Други	22	18,03

Таблица № 2. Честотно разпределение по медицински специалности засегнати от професионални правонарушения

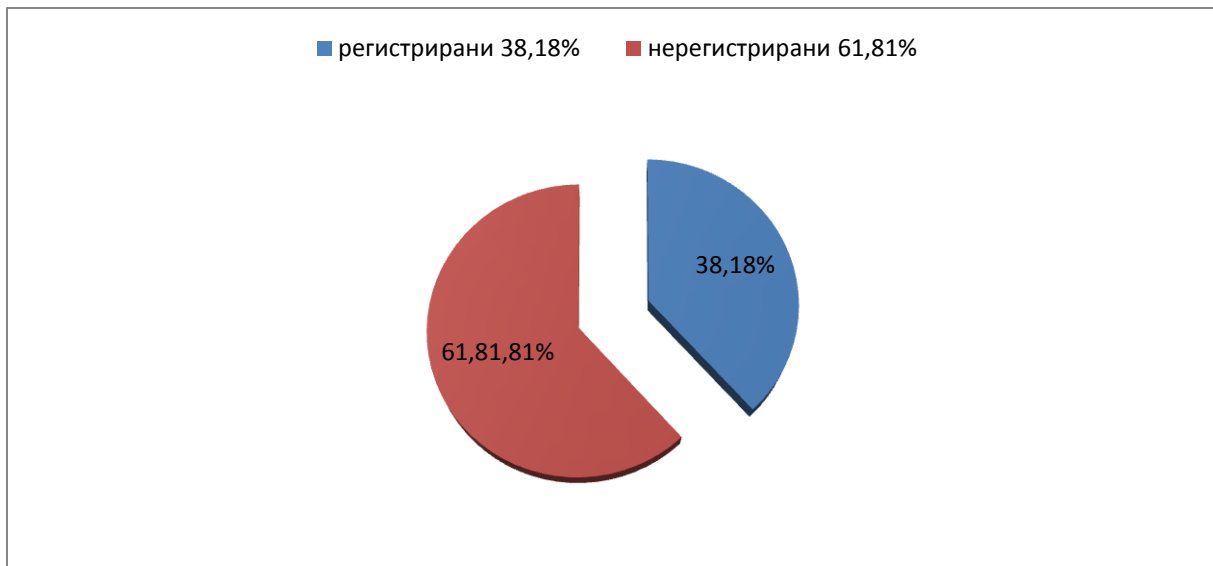


Фиг.5. Честотно разпределение по медицински специалности засегнати от професионални правонарушения

Обобщение: Претенциите за съдебномедицински правонарушение са привидно към инвазивните специалности, главно хирургия, акушерство и гинекология и травматология, неврохирургия. Те са свързани настъпили различни усложнения от лечението, неправилно поставена диагноза, а също и некоректно изготвена документация, свързана с контролни финансови органи.

Задача № 6: Установяване на връзка между информация за предварително съществуващи заболявания и честота на медицинските професионални правонарушения.

При анализа на 122 съдебномедицински експертизи се установяват 55 случая с данни за хронични заболявания. При 21 от тях (38,18%) е имало предишна регистрация на тези заболявания, докато при 34 от тях (61,81%) са страданията са станали известни при срещата с лекаря. Основните нерегистрирани заболявания са предимно артерална хипертония, исхемична болест на сърцето, хронични белодробни заболявания, заболявания на стомашно-чревния тракт и болести на обмяната. Техният хроничен ход и атипично протичане са причина за липса на лечение и възникване на усложнения.

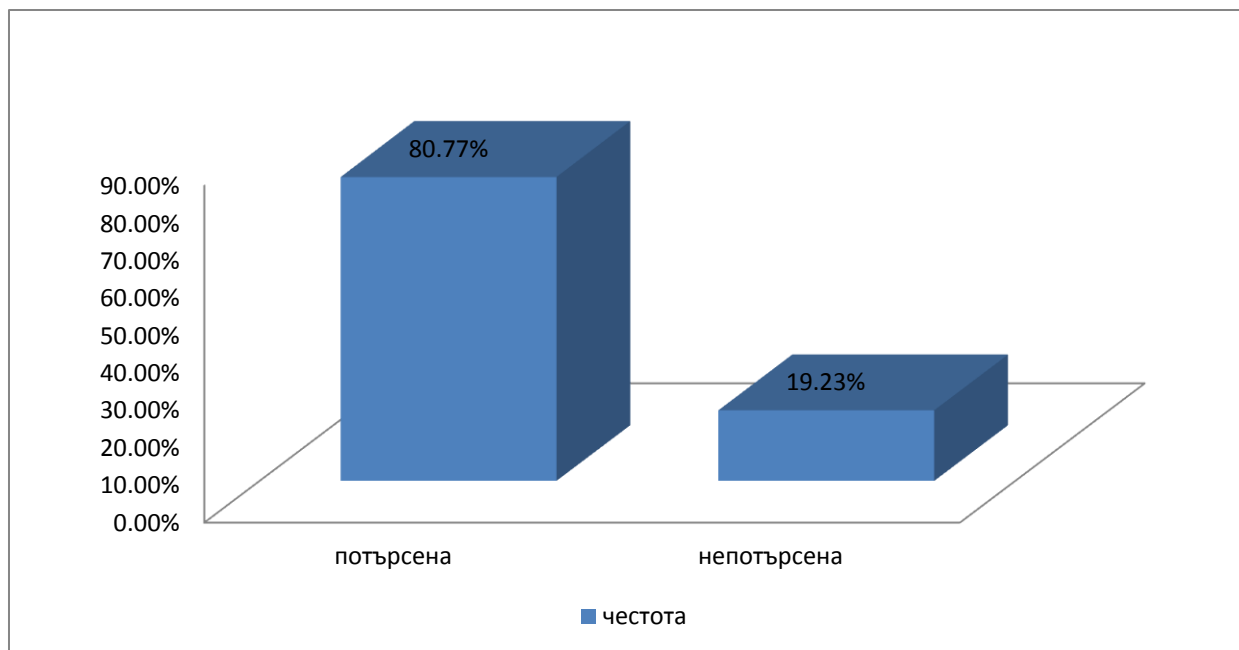


Фиг.6. Установяване на връзка между информация за предварително съществуващи заболявания и честота на медицинските професионални правонарушения.

Обобщение: Честотата на случаите с нерегистрирани предварително заболявания е по-висока от тази на регистрирани и проследявани такива. Ранната диагностика и ефективната медицинска помощ намаляват усложненията, свързани със заболяванията.

Задача №7: Установяване на честотното разпределение на случаите при които е търсена спешна медицинска помощ

От анализа на данните става ясно, че от разгледаните 122 случая, 52 от тях са прецени като спешни. От тях 80,77% (42 пациенти) са потърсили спешна медицинска помощ, докато при 19,23% (10 пациенти) е оказана такава, но без да я потърсят самостоятелно. Доминиращият процент на потърсилите помощ сочи, че пациентите са имали съответна симптоматика или изявена клинична картина, поради което са се обръщали към Центровете за спешна медицинска помощ. Това е ставало или по телефона или те сами са посещавали спешните звена. Най-голям е дялът на претенциите е за несвоевременно отзоваване при повикване на екипите на Центровете за спешна медицинска помощ и особено през телефонен номер 112.

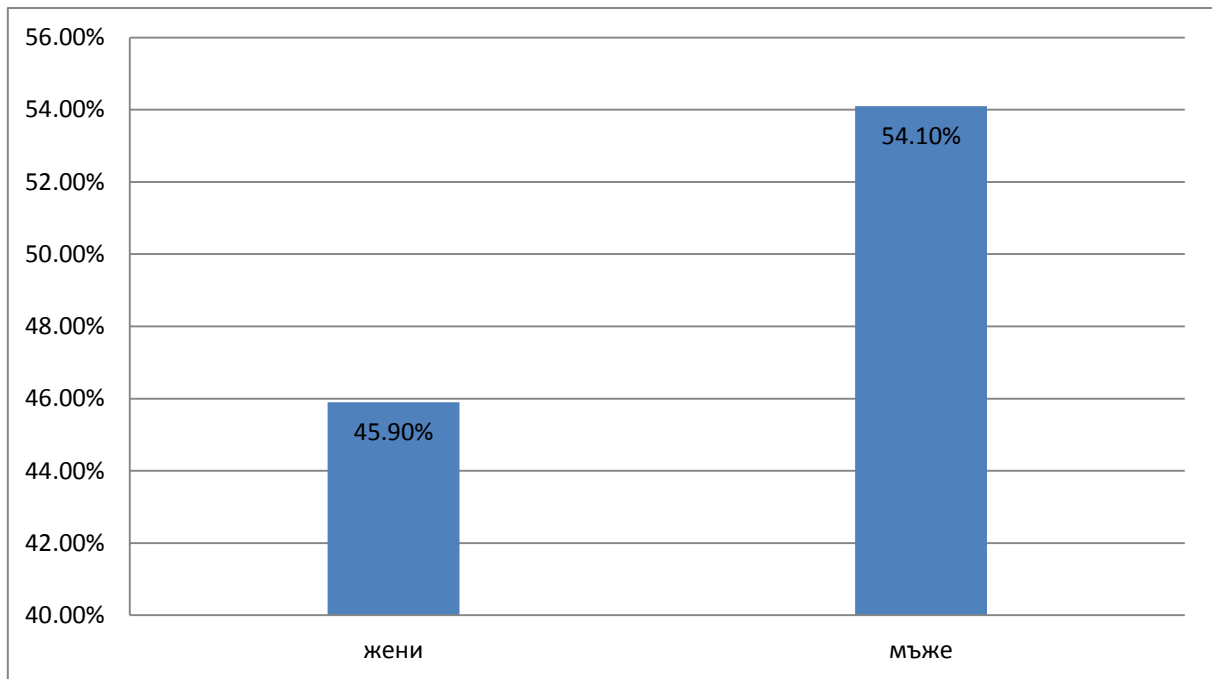


Фиг.7. Честотно разпределение на потърсилите и непотърсили спешна медицинска помощ

Обобщение: Центровете за спешна медицинска помощ са основните звена към които пациентите се обръщат при настъпили спешни състояния. Претенциите към тях са основно от липсата на своевременно отзоваване при подаден сигнал.

Задача № 8: Анализ по полова принадлежност на засегнатите от медицински професионални правонарушения

Засегнатите от медицински професионални правонарушения: мъжете са 54,10 % (66), а жените – 45,90% (56). При мъжете най-често претенциите са свързани с диагностика и лечение на сърдечно-съдови заболявания, травми на опорно-двигателния апарат и хирургична патология, докато при жените са свързани с бременност, раждане и акушеро - гинекологични оперативни интервенции.



Фиг.8. Честотно разпределение по пол

Обобщение: Засягането на мъжкия пол от медицински професионални правонарушения е преобладаващо. Съществува разлика между двата пола по отношение на медицинските специалности, от които те са търсили медицинска помощ.

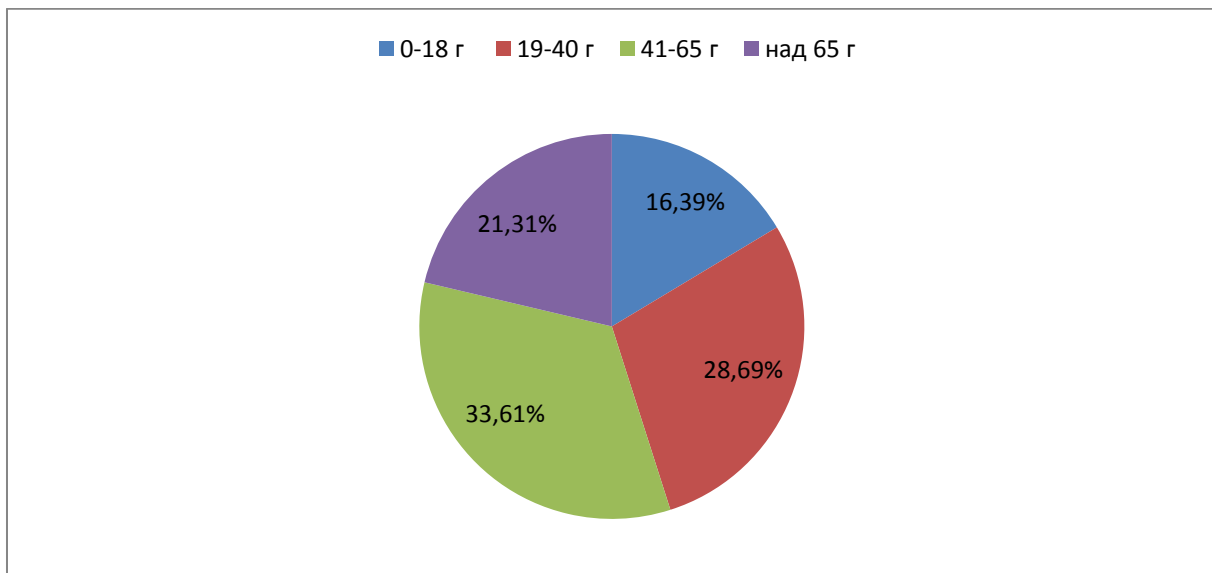
Задача № 9: Честотно разпределение по възраст на пациентите-жалбоподатели.

Най-висок е процентът на засегнати от медицински професионални нарушения или са налице претенции за такива при пациенти в средна възраст - съответно между 41 - 65 г са 41 пациенти (33,61%;) и между 19 - 40 г. 35 пациенти (28,69%). Това са хора изложени на редица екзогенни рискове като тютюнопушене, алкохол, професионални вредности, които до голяма степен повлияват тяхното здравословно състояние. Още повече, че голяма част от тях са negliжирали здравето си и не винаги своевременно търсили лекарска помощ или не са извършвали задължителните профилактични прегледи. Също така в тази група попадат и жените, които са в репродуктивна възраст, бременни и родилки. При тях сравнително често се срещат неблагоприятни последици, които са повод за претенции относно медицински професионални правонарушения. Малък е броят на пациентите в детска възраст от 0-18 г. 20 пациенти 16,39 %, поради относително по-ниската заболяемост, като най-чест повод за търсене на отговорност от медицинските работници е несвоевременното отзоваване при сигнал за заболяване, порочното консултиране по телефона и не на последно място, причина за неблагоприятни последици са и редица диагностицирани или пропуснати вродени заболявания и малформации. Неголям е броят и на пациентите във последната

възрастова група над 65 г., където се установяват 26 пациенти (21,31%), както поради по-малкия брой случаи обхванати в проучването, така и поради по-малкия брой претенции от страна на близките, съобразено с възрастта на пациентите и по-честата им заболяемост.

Честотно разпределение по възраст на пациентите-жалбоподатели	Брой случаи	Честота (%)
0-18 год.	20	16,39
19-40 год.	35	28,69
41-65 год.	41	33,61
Над 65 год.	26	21,31

Таблица № 3. Честотно разпределение по възраст на пациентите-жалбоподатели.



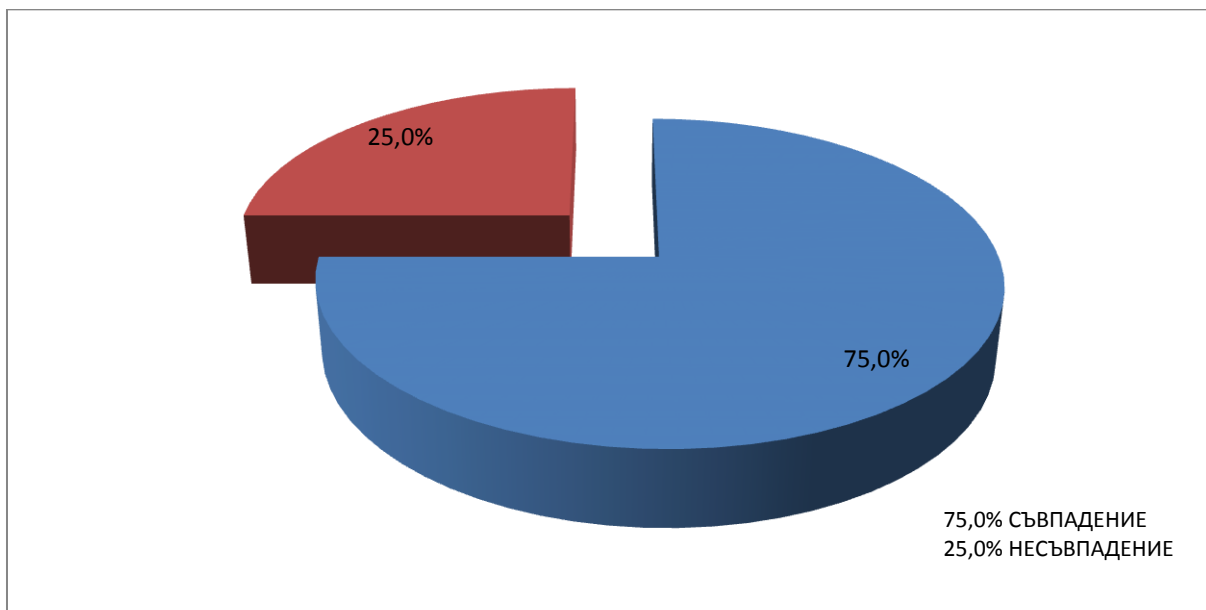
Фиг.9. Честотно разпределение по възраст на пациентите-жалбоподатели.

Обобщение: Най-честите жалбоподатели са в средна възраст, които обикновено са изложени на екзогенни и ендогенни рискови фактори. Децата и възрастните са рядко жалбоподатели, поради обективни причини

Задача № 10: Установяване на честотата на съвпадение между поставената и патологоанатомичната/хистологичата диагнози

От направения анализ се установява, че в 92 от случаите е направена аутопсия и/или хистологично изследване (некропсия или биопсии). От тях при 25,0% (23 пациенти) има несъвпадение между поставената и патологоанатомична диагноза, а в

75,0 % (69 пациенти) има такова съвпадение. Прави впечатление значителният процент на съвпадение между поставената в здравното заведение диагноза и патологоанатомичната, след извършване на аутопсия или при изследване на биопсичен материал. Когато са налице несъвпадения те обикновено се дължат на сравнително краткия престой в болничното заведение, на липсата на възможности за използване на методи с високи диагностични възможности в приферните здравни заведения, на липсата на персонал, който да бъде на разположение към момента на постъпването на пациента.



Фиг.10. Процентно съотношение между съвпадение на поставената и патологоанатомична диагнози и липса на такова съвпадение

Обобщение По-честото съвпадение на поставената и патологоанатомична диагноза се дължи на качествени преценки на биопсичен материал и извършване на екзактна патологоанатомична аутопсия.

4.1. СЛУЧАИ НА СЪДЕБНИ ДЕЛА ВЪВ ВРЪЗКА С ПРОФЕСИОНАЛНИ МЕДИЦИНСКИ ПРАВОНАРУШЕНИЯ

4.1.1. **Случай** на 57-годишна пациентка след лапароскопска холецистектомия, в резултат на което е причинена средна телесна повреда - **ОБЕЗОБРАЗЯНЕ НА ДОЛЕН КРАЙНИК**. По време на операцията е използван монополярен електронож. След интервенцията пациентката е изписана с превръзка на дясна подбедрица, без да ѝ бъде обяснена причината за това. При преглед в друго лечено заведение е установено, че пациентката е с изгаряне III степен в мястото а поставяне на негативния електрод. Пациентката провежда лечение на изгарянето амбулаторно. Областта на изгарянето се инфектира и в друго лечебно заведение е извършена некректомия и свободна кожна

пластика. При приелед от вещите лица по назначената съдебномедицинска експертиза, е установен груб, с квадратна форма, дълбок, под нивото на околната кожа, с неравна повърхност сивкаво-мораво-белезникав белег, с размери 17/19 см и обхващащ почти цялата ширина на горната трета на дясната подбедрица. С случая не са били извършени всички действия с апарата в съответствие с предписанията на производителя. Поставянето на електродите е било възложено на санитар, почистващ операционната, който завил предварително електродите с намокрен марлен компрес. В съдебно заседание пострадалата е оттеглила претенциите си като частен обвинител и граждански ищец и съдът е прекратил съдебното производство.



4.1.2. **Случай** на 48-годишна жена с оплаквания от стомашни болки посещава ДКЦ, но поради голям брой чакащи пациенти решава да отиде по-късно. В дома ѝ болките се засилват и нейн близък позвънява на тел. 112. При посещението на екип от СМП е установено ниско АН 80/50, палпаторна болка по целия корем, предимно в дясната ингвинална област, при запазена коремна перисталтика, без изразен мускулен дефанс, афебрилна и без гадене и повръщане. Поради високите температури фелдшер от спешния център преценява, че се касае за вирусна инфекция. Приложена е симптоматична терапия със спазмолитици и е дадена препоръка за хигиенно-диетичен режим и препоръчано поради ниското артериално налягане „айран с повече сол“. При необходимост употреба на Еспумизан и при нови оплаквания отново да потърси медицинска помощ. На следващия ден пациентката отново се чувства зле и е извикан

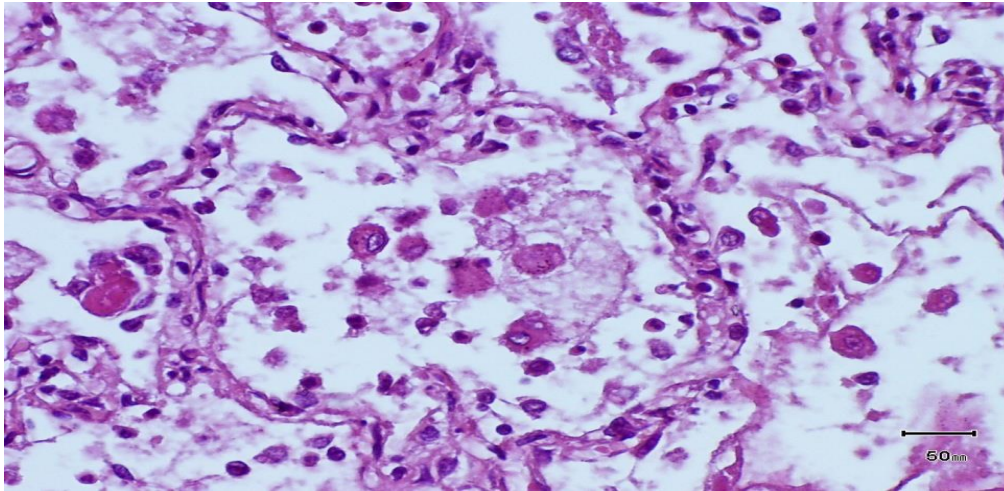
отново екип на ЦСМП. При прегледа са установени бледа кожа, АН 110/60, с оплаквания от болки в корема. При обективното изследване са установени болезнен корем и вяла перисталтика. Направени са спазмолитици. Поради ниското артериално налягане, отново е препоръчан „айран с повече сол“. След прегледа е попълнен фиш и екипът напуска дома на болната. В следобедните часове екип на ЦСМП е извикан отново и установява смъртта ѝ. При извършената съдебномедицинска аутопсия е установена перфорирала, калозна язва на дванадесетопръстника с развитието на фибринозно гноен перитонит, който е и непосредствената причина за смъртта на пострадалата. Вещите лица категорично приемат, че била необходима хоспитализация на пациентката и е имало възможност за диагностичното ѝ уточняване и правилно и своевременно оперативно лечение. Прието е, че настъпилата смърт е в пряка причинно-следствена връзка с несвоевременно поставената диагноза и непровеждане на необходимото лечение, като смъртният изход е можело да бъде избегнат. Личният лекар неправилно е отказал домашно посещение. Неправилно са дадени спазмолитици, довели до замъгляване на клиничната картина. Не е съществувала пречка болната да бъде хоспитализирана за дагностично уточняване и правилно оперативно лечение. Категорично при наличната картина и данните за продължителност на симптоматиката е било задължително настаняването на болната в лечебно заведение. По делото има осъдителни присъди.

4.1.3. Случай на 76-годишна жена постъпила с метрорагия и съмнение за карцином на ендометриума. След съответни изследвания и преданестезиологична консултация рискът е оценен клас I. Подписано е информирано съгласие. При извършената фиброхистероскопия е отстранен педикулиран миоматозен възел с неподходящ инструмент. В следоперативния период се оплаква от болки ниско в корема. При прегледа не е установено перитонеално дразнене. Има вяла перисталтика, балониран корем. АН 100/40, пулс 74/мин. Приложени Талмонал, Аналгин и Роцефин. Оплакванията от болки в корема отзвучават. След няколко часа болките започват отново, при прегледа коремът е балониран с вяла перисталтика. Включена е банка с Рингер. На следващия ден (след 12-часова липса на наблюдение) отново е с болки в корема, без пуснати газове. АН 90/60, СЧ 100 уд/мин. Балониран корем, с почти липсваща перисталтика. Приложени Перфалган, Нивалин, Рингер, поставена газова тръба. На третия ден е консултирана с хирург. След преглед е установено: балониран корем и наличие на болки в долната му част. При палпация силно болезнен. Симптом на Блумберг-положителен. Изказано мнение за спешна лапаротомия. При извършената операция с участието на хирург и акушер-гинеколог е установено: перфорация на предната стена на матката, непосредствено над мястото, където е отстранено полипозното образувания. Установена е и перфорация на тънкото черво, разположено до мястото на перфорацията на матката и развитието на дифузен перитонит. Независимо от проведената оперативна интервенция, болната завършва с летален изход. Извършена е СМЕ на труп и са назначени експертизи по писмени данни. Дадено е заключение, че дагностичната процедура фиброхистероскопия е извършена правилно, като е отстранен тумор, при което е направен пробив на маточното тяло и тънко черво в

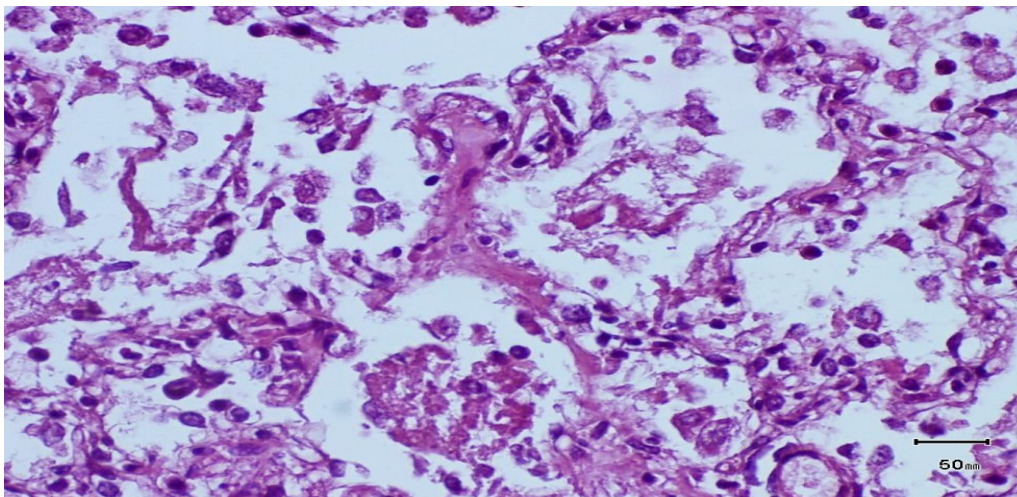
съседство. Следвало е да се продължи с интервенция-лапаротомия и отстраняване на направените перфорации, което е щяло да предотврати развитето на дифузия перитонит. Неправилно са поставени болкоуспокояващи, замъглили клиничната картина. Касае се за неправилно медицинско поведение, като е забавена животоспасяващата лапаротомия. В резултат на забавянето се е развил интоксикационен синдром от перитонита, което е довело до дихателни смущения, сепсис и смърт на пациентката. Неправилното медицинско поведение (даване на болкоуспокояващи) и забавянето на оперативната намеса също са в причинно-следствена връзка с настъпилния смъртен изход. От апелативен съд са отменени осъдителните присъди.

4.1.4. **Случай** на 19-годишна жена, бременна за втори път. Първото раждане е осъществено чрез Цезарово сечение. През целия период на втората бременност, жената не споделя с партньора си и наблюдаващия развитието на бременността, както и с водещите раждането за предходното секцио Цезареа. Била е пълна и е наддала над 23 кг по време на втората бременност и белегът не е бил установен при прегледите ѝ от АГ – специалистите. По досъдебното производство не е изяснено, какво се е случило с новороденото от първата ѝ бременност. Не е изяснена причината за оперативната намеса при първия родов процес. При събирането на гласни доказателства, прави впечатление, че се е хранила изобилно, лакомо и бързо е увеличила телесната си маса. При клиничния преглед оперативният белег от интервенцията остава скрит между гънките на предната коремна стена. Второто раждане е 1г. и 4м. след първото. Добре известен е фактът, че когато първото родоразрешение е осъществено чрез Цезарово сечение, второто следва да бъде по същия начин и да има около две години между забременяванията. Едва в последния момент в родилната зала родилката споменава за предишната ѝ оперативно приключила бременност. Поради ненапредване на раждането и данни за фетално страдание е предприето късно Цезарово сечение. Като резултат от забавеното оперативно родоразрешение е настъпила смъртта на родилката. Поради интраутеринната асфиксия на плода само приложената кардиопулмонална ресусцитация дава възможността на новороденото да преживявее около две седмици, след което и при него настъпва смъртен изход. По време на аутопсията се вземат материали за хистологично изследване и изследването на белите дробове установява пневмония. Като причина за смърт е приета остра сърдено-съдова недостатъчност, дължаща се на предварително съществуваща артериална хипертония с левокамерна хипертрофия в комбинация с възпаление на белите дробове и респираторен дистрес синдром при възрастни. В следствие на това е повдигнато обвинение на кардиолога и пулмолога, заради забавена диагноза и непредприето своевременно лечение. След ревизия на хистологичните препарати е дадено второ мнение от нов състав вещи лица, с установена пряка причина за смъртта амниотична емболия. Установена е и аспирация на стомашно съдържимо, довела до Менделсонов синдром. В заключение е прието, че липсата на хистологична оценка на замразена белодробна тъкан оцветена със Судан III е сериозен пропуск при аутопсията. Също така е направен изводът, че това е типичен пример за смърт на родилка, дължаща се на амниотична емболия (фиг №12) и на фона

на развил се Менделсонов синдром. Несъмнено за тези усложнение е допринесла и самата раждаща. По този случай, все още не е прекратено досъдебното производство.



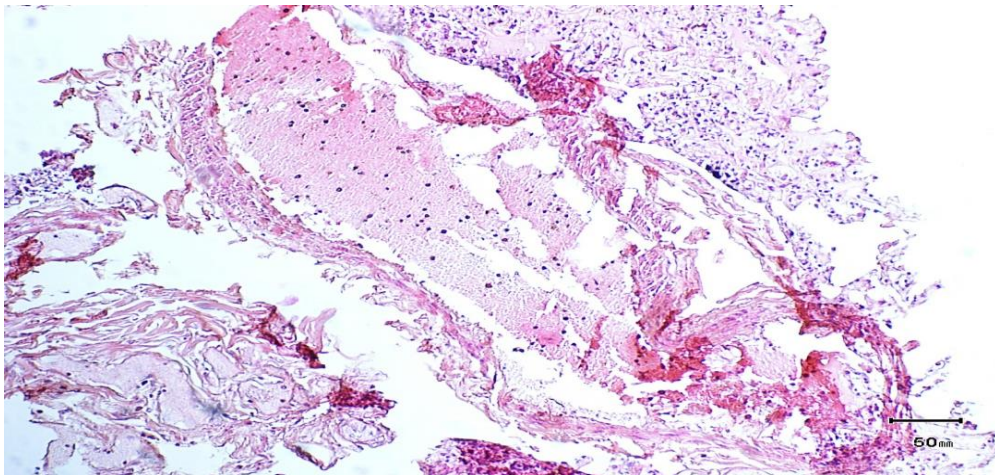
Фиг.12. Амниотична емболия (трофобластни клетки и лануго) (x200, ХЕ)



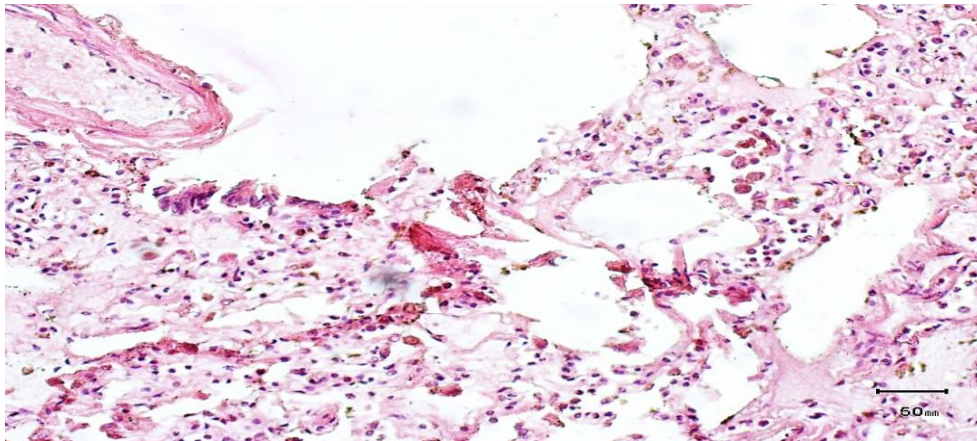
Фиг.13. Амниотична емболия (лануго) (x100, ХЕ)

4.1.5. Случай на 35-годишна жена бременна в 10 лунарен месец приета по спешност със *задух, цианоза, бронхиална астма, съмнение за еклампсия и начеващо раждане*. В шокова зала диспнеята и цианозата се задълбочават. Взето е решение за Цезарово сечение в спешен порядък. По време на предоперативната подготовка, пациентката внезапно спира дишането и е интубрана със 100% кислород. Проведена е успешна кардиопулмонална ресусцитация с интравенозно приложение на адреналин, натриев бикарбонат, допамин, сърдечен масаж, електрична дефибрилация. В последствие жената развива отново кардиак-арест и настъпва летален изход. Проведено е Цезарово сечение. Новороденото е с Апгар 0, предадено е от неонатолог реанимация, но също умира. Трупът на родилката е изпратен за аутопсия с диагноза: Бременност в 10 лунарен месец. Раждане чрез Цезарово сечение. Бронхиална астма. Сърдечен арест. Съмнение за белодробен тромбоемболизъм, амниотична емболия и интракраниална еморагия. Заключение от аутопсията е: Бронхит. Бронхиолит. Интрестициална

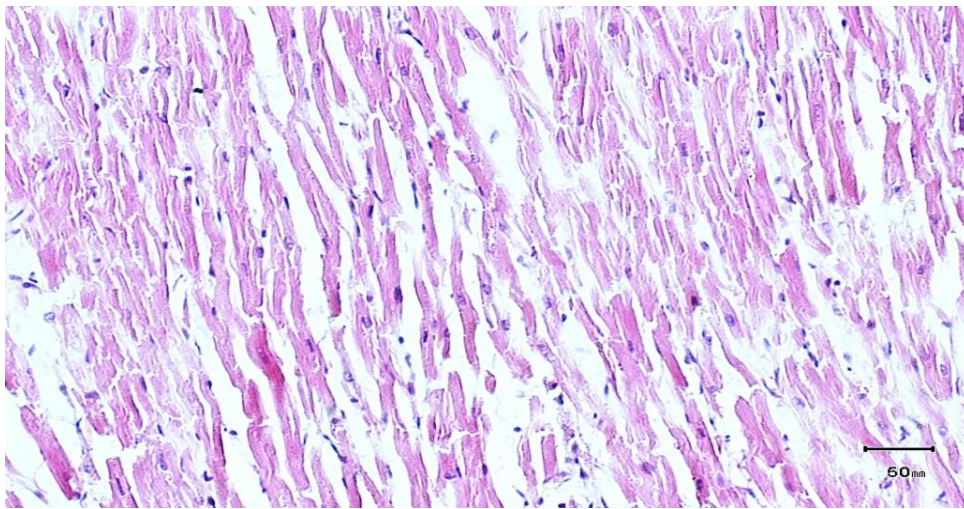
пневмония. Трахеит. Прето е, че смъртта се дължи на неправилна интубация в хранопровода. Извършена е втора експертиза, при която се установява, че смъртта се дължи на остра сърдечно-съдова и дихателна недостатъчност, дължаща се на възпаление на белите дробове и на перикарда и довела до развитието на кардиогенен шок. Внезапното влошаване на състоянието е обяснено със започващото раждане. Преценката на тази експертиза е, че ранната хоспитализация и провеждане на оперативно родоразрешение биха спасили живота на пациентката. Хистологичната находка е цитирана същата. При аутопсията на детето са установени асфиксия и аспирация на мекониум. Назначена е трета повторна експертиза, при която е констатирано, че се касае за масивна белодробна тромбоемболия, доказана, при хистологичното изследване. От снимковия материал на трупа е констатирана и некроза на червата, дало основание да се приеме наличие на мезентериална тромбоза. В заключението на повторната експертиза е подчертан хактът за непълна и без необходимите допълнителни изследвания извършена аутопсия, особено без проба за тромбоемболия. От приложения фотоалбум със снимки от аутопсията, демонстрират кръвонасядане на типично място на бифуркацията на трахеята, от правилно въведената и фиксирана трахеална тръба. В тази **повторна** експертиза е изведено заключението, че се касае за **НЕЩАСТЕН СЛУЧАЙ** в акушерската практика и няма професионални правонарушения, вкл. и от неправилната интубация в хранопровода. Нямаме информация, как е приключило съдебното следствие.



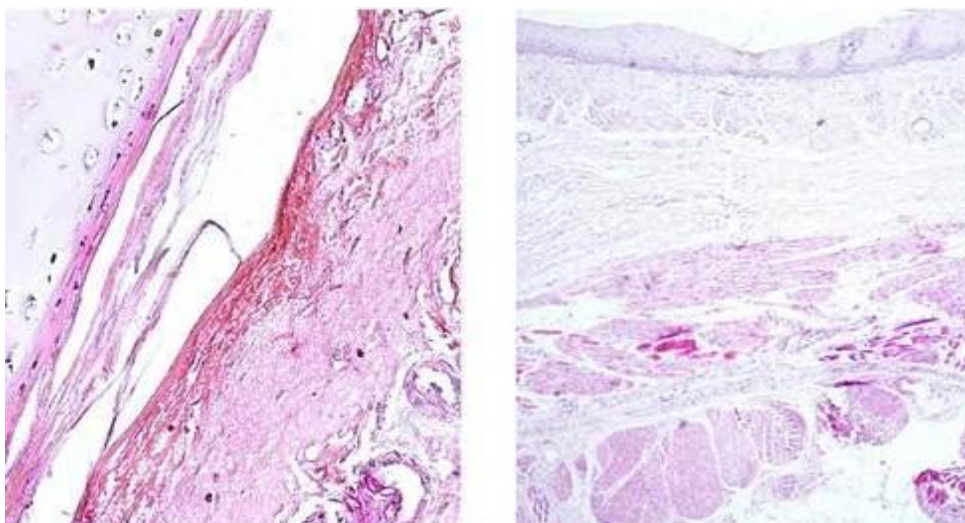
Фиг.14. Белодробна тромбоемболия и ателектаза (x200, ХЕ)



Фиг.15. Амниотична емболия (плоски клетки, лануго интраалвеоларен оток) (x100, ХЕ)

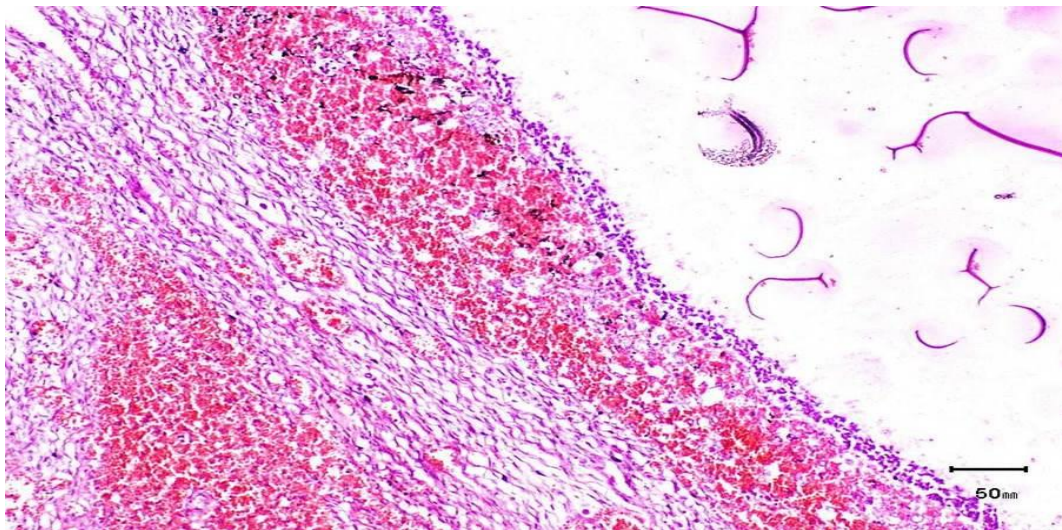


Фиг.16. Ишемични промени в миокард и изразен интерстициаленоток (x100, ХЕ)

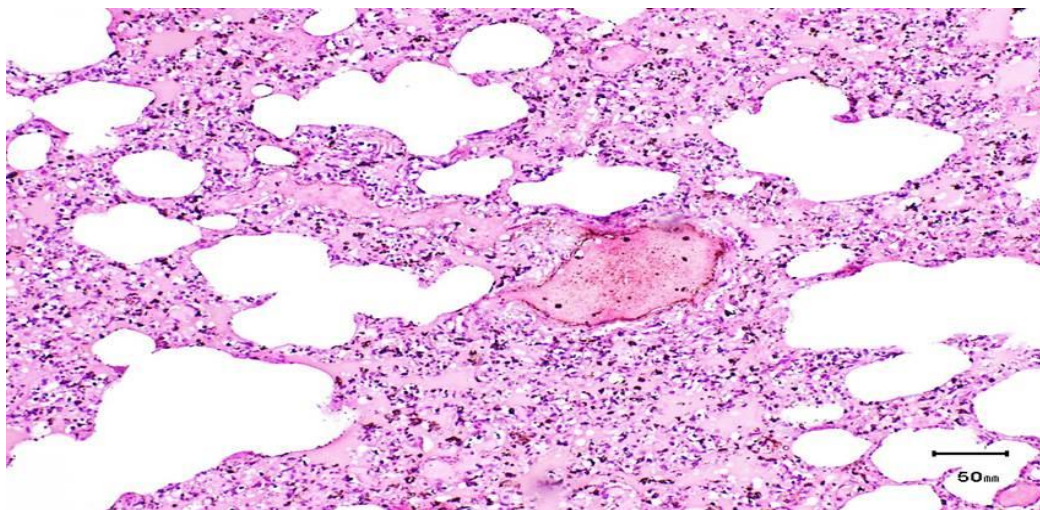


Фиг.17. А. Трахея с кръвоносядане /H&E,x100/ Б. Хранопровод /H&E,x100/

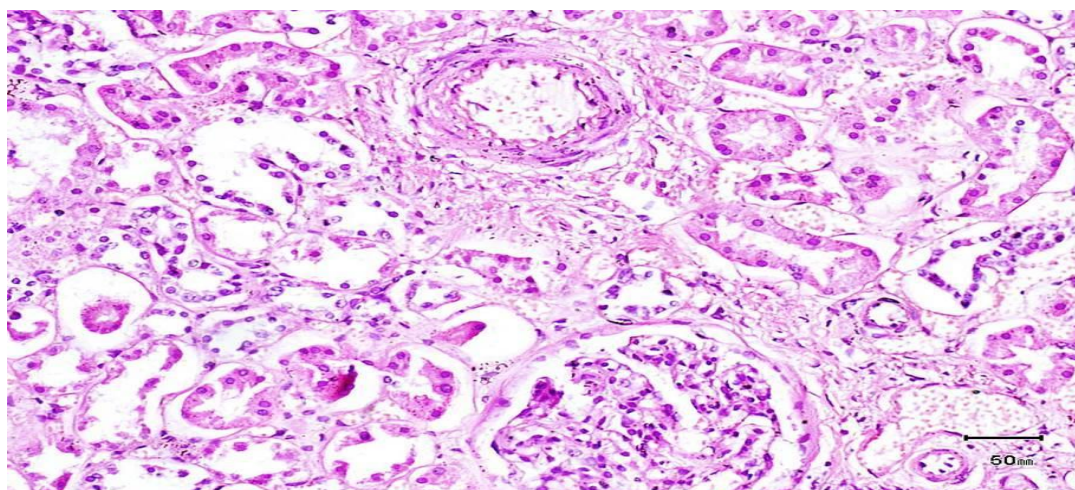
4.1.6. В Република България от 2007 г. е утвърдена от Министерство на Здравеопазването НАРЕДБА ЗА ДЕЙНОСТИ ПО АСИСТИРАНА РЕПРОДУКЦИЯ. В конкретния **случай** се касае за нарушени основни изисквания на наредбата и настъпила смърт на 28 годишна неомъжена жена, която е желала да роди дете чрез „ин витро“ оплождане. Смъртта на пациентката е настъпила в специализирана клиника по асистирана репродукция. При извършената съдебномедицинска аутопсия е прието, че смъртта е резултат на отравяне от предозиране на Фентанил и Пропофол, което категорично не е доказано при извършения химичен анализ. При направена експертна ревизия на хистологичните материали по случая и след подробното изследване на медицинската документация на починалата установихме, че смъртта е резултат на масивна тромбоемболия на белите дробове и бъбреците. В конкретния случай се касае за хиперстимуационен синдром трета степен. При ехографско изследване има няколко малки фоликула и само един “доминантен” фоликул при ниво на хормоните Естрадиол над 3700 pg/ml. Лекар с придобита специалност акушерство и гинекология, притежаващ сертификат и удостоверения за преминало обучение по асистирана репродукция, при отсъствие на анестезиолог е извършил аспирация на яйцеклетки и е оставил пациентката 2 часа без наблюдение. По този случай има осъдителна присъда, която се обжалва в апелативния съд от осъдения.



Фиг.18. (x100, ХЕ). Ендометриум със субепителна хеморагия.



Фиг.19. (x100, ХЕ). Главен мозък с перичелуларен оток



Фиг.20. (x100p ХЕ). Гломеруларен колапс.

5.ДИСКУСИЯ

Медицинската професия се причислява към високо-рискните професии, представляващи източници на повишена опасност. Към практикуващите медицина съществуват все по-високи изисквания и те поемат повече задължения. Това води до непрекъснато нарастване на претенциите от страна на другите участници в „договора“ – това са пациентите и техните сродници. В съвременната ера на комуникации, достъпност и информация, медиите сравнително лесно и бързо разпространяват информация за „лекарски грешки“. Всичко това е изострило вниманието на правозащитните органи, които все по-често се самосезират във връзка с различни казуси. От друга страна, тежката икономическа ситуация за голяма част от населението през последните години поражда у хората стремеж към всевъзможни начини за икономическо оцеляване. За сравнение в САЩ също е висок процента на финансовите искиове. В едно проучване направено от Jena Anupam и сътр. се сочи, че около 40% от жалбите са абсолютно неоснователни и не водят до никакви финансови компенсации. До плащания се стига само при 28% от случаите. В това отношение ситуацията у нас е подобна.

Не трябва да се игнорират и случаите на явна некомпетентност при осъществяването на лечебно-диагностичния процес. Обсъждането на въпроса за компетентността е пряко свързан с този за риска в медицината.

Много от неблагоприятните последици са в резултат на несвоевременно оказана спешна помощ. Република България е една от страните, в която не се използват възможностите на парамедиците. Този проблем отдавна е решен в развитите държави, включително и в Република Румъния, с която непрекъснато се сравняваме. За сравнение, при проучване проведено в САЩ от Mc Carthy и сътр. се констатира, че между 2% и 8% от пациентите, които посещават спешните звена са отпращани обратно в къщи. По този начин коло 11000 миокардни инфаркта годишно се пропускат.

Колегиалните професионалните и човешки взаимоотношения са важен елемент от етиката. Една немалка част от жалбите, респективно делата срещу лекари са инициирани от „коментарите“ на колеги по отношение на други колеги в присъствието на пациентите. В някои страни, като напр. Япония, това е свързано с тежки санкции срещу подобно поведение, включително и до отстраняването на лекари от гилдията. В проучване на Lisa L.S. и сътр. за обучението по медицинска етика в медицинските училища в САЩ и Канада се застъпва необходимостта, че изучаването на тази дисциплина е изключително важно, но поради съществуващи различия относно преподаването е необходим консенсус по този въпрос. Дискусията по този въпрос следва също да бъде подложена на широк дебат и в нашата страна.

Една от основните предпоставки за предявяване на претенции към здравните работници е несъобразяването на лечебно-диагностичния процес с утвърдените клиничните стандарти. След 2010 г. повечето медицински специалности имат утвърдени клинични стандарти, които регламентират лечебно-диагностичния процес. Установеното от нас повишение на броя на жалбите след 2010 г. отразява този факт. Непознаването и неприлагането им често водят до професионални медицински

правонарушения, касаещи както диагностиката, така и лечението на пациентите. В статията на Maskey T. K. и Liang, B.A, се споменава, че използването на клиничните стандарти е отдадено специално значение като оневиняващо доказателство през 1999 г. в щата Мейн (САЩ).

Един от основните пропуски е нездълбоченото вникване в съдържанието на информирано съгласие от болните за извършването на редица лечебно-диагностични процедури. Пациентът има право на информирано участие във всички решения, включващи неговите здравни грижи по един ясен и достъпен начин. В статия на J. Annas се споменава, че едно от най-ентузиазираниите предложения в САЩ на президента Бил Клинтън е това, с което призовава Конгреса да приеме национална харта на правата в здравеопазването.

Спецификата на диагностиката и лечението в някои области нерядко е причина за настъпване на увреждания, а също така и на смърт. Недооценяването на клиничната картина при пациентите, посещаващи дори и водещи медицински звена в България, е причина за тяхното връщане и забавяне на диагностичния процес, което нерядко има фатални последици. В основата на това стои както претовареността на медицинския персонал, така и липса на достатъчно медицински познания в случаи, когато се изисква базична медицинска компетентност за всеки един дипломиран лекар.

Големият брой пациенти, обхванати от един личен лекар също е проблем.

Изключително сериозни са проблемите в специалност „Акушерство и гинекология“. За сравнение в цитираното вече проучване на Jena Aniprat, проведено във Флорида за периода от 1975-1980 г, показва, че около 34% от акушер-гинеколозите и анестезиолозите, както и 48 % от хирурзите са се сблъскали с претенции за обезщетения от пациенти, засегнати от неправилни медицински действия.

Неблагоприятните резултати в хирургичните специалности не винаги са свързани с неправилни медицински действия. Тежките заболявания, напредналият им стадий, както и очакваните усложнения от лечението са честа причина за настъпване на увреждания, а дори и фатален край. В такива случаи не бива да се търси отговорност от лекарите. Настъпилите усложнения водят до причиняване на телесни повреди, дори и смърт. Това прави проблема още по-сложен при провеждането на действия от страна на разследващия орган.

Педиатрията е специалност, в която също нерядко има случаи на „професионални медицински правонарушения“.

При диагностиката също може да има сериозни пропуски, водещи до неблагоприятен ефект от лечението. Погрешното разчитане на проведени образни изследвания може да се окаже фатално. В статия на Bialek се споменават десетте най-чести грешки свързани с диагностиката и лечението на пациентите, (технически медицински грешки, забавяне на лечението, неизвършване на показани изследвания, специфички на самата здравна система, веизползване на предпазни средства, неадекватно мониториране след определени процедури, неадекватно проследяване на пациента след лечение, закъснение в диагнозата, неправилно дозиране или употреба на даден медикамент). Идентична характеристика имат най-често срещаните пропуски и у нас.

Неправилно поставената патологоанатомична диагноза е повод за удължаване на диагностичния процес и непредприемането на адекватен терапевтичен подход, който е само и единствено в ущърб на болния.

Липсата на адекватна субституираща терапия може да предопредели неблагоприятен изход.

Влошаване на микроклимата и задълбочаване на „конкуренцията“ в медицинските колективи води до деперсонализация на лекарите. Това крие риск от по-чести неблагоприятни събития за пациентите - увреждания на здравето, а също така и смъртен изход. Това води до тяхната преумора и до настъпване на редица грешки от т.н. „прегаряне“. Не случайно в САЩ синдромът „burn-out“ се счита като един много сериозен фактор за настъпване на медицински професионални правонарушения. Проучванията, които се правят в тази насока търсят варианти как да се намали стресът на хирурзите и как те да се подкрепят, когато допускат грешки. В проучване проведено в САЩ от Shanafelt и сътр. Се констатира, че 50% от лекарите и 70% от обществото счита, че преумората и стресът повишава възможността за професионални правонарушения.

Подобряване качеството на обучение на студентите по медицина и повишаване на тяхната мотивация е акцент, който трябва да падне върху практическата им подготовка с цел справяне с конкретни ситуации в реалната медицинска практика.

Въпреки, че спазването на медицинските стандарти донякъде ограничава лекарите в техния подход към пациентите, не може да не се спазва алгоритъма на диагностика и лечение при всяка една нозологична единица по правилата на добрата медицинска практика.

Правилното и последователното отразяване в медицинската документация на всички медицински събития, случващи се с пациента е от съществено значение както за самите болнични заведения, така и за финансовите институции, ангажирани с тях, а също така и при необходимост за разследващите органи.

Крайно време е да се промени и моделът на финансиране в здравеопазването, тъй като понастоящем едни „клинични пътеки“ са добре обезпечени, а други са недофинансирани. Въвеждането на диагностично-свързанит групи би подобрило значително възможността за пълно и всеобхватно изследване на пациентите. Това от своя страна ще се отрази на себестойността на диагностиката и лечението на пациента, а също така ще скъси и периода на неговата нетрудоспособност. Именно за това една от препоръките на Световната банка по проблемите на финансиране на здравеопазването е и промяна на този модел.

От изключително важно значение е получаването на максимална информация още при първия контакт между лекаря и пациента. Известна е максимата „който добре диагностицира, той и добре лекува“. В САЩ съществуват определени въпросници, които пациентът трябва да попълни.

Необходимо е прилагането на по-задълбочен подход към случаите при които пациентите са деца. Консултирането, диагностицирането и предписване на лечение по „телефона“ е в несъответствие с добрата медицинска практика.

Република България е на едно от първите места в Европа по-сърдечно-съдови заболявания. Отчита се значително повишаване на заболеваемостта от злокачествени

заболявания, както и на социално-значими заболявания като захарен диабет и затлъстяване. До голяма степен самите болни могат да осъществяват своята превенция, като елиминират някои от етиологичните фактори, отговорни за появата на тези болести чрез повишаване на общата здравна култура.

Извършване на съдебномедицински и патологоанатомични аутопсии за образователни, чисто професионални, застрахователни и юридически цели ще повишат професионалната култура на самите лекари и ще отпаднат много въпроси пред другите институции, с които пациентите или техните близки са били свързани. Съдебномедицинските аутопсии трябва да се извършват при всички случаи, когато има и най-малкото основание за това. Тяхното своевременно и задълбочено извършване е гарант за обективна, професионална диагностика и даване на отговор на редица правни въпроси.

При установяването на случаи на професионални медицински правонарушения е от изключително важно значение е извършването на съдебномедицински и патологоанатомични аутопсии. Извършената аутопсия е единственият възможен начин за установяване на коректната причина за смърт. Нерядко се установяват и несъответствия между клиничната и патологоанатомичната диагноза, които стават поводи за претенции и искове. Задължителни за извършването на съдебно-медицинска аутопсия са случаите на скоропостижна ненасилствена смърт, настъпила при необичайни обстоятелства, а също и тези при насилствена смърт. За съжаление служителите в предварителните производства и самите правораздаватели, обичайно не правят разлика между болничната и съдебната патологоанатомия.

Вземането на материали за допълнителни изследвания, тяхното правилно съхраняване, приготвяне и изследване са задължителна част от съдебно-медицинската практика. Всичко това ни задължава непрекъснато да се придържаме към утвърдените европейски и световни правила при извършването на съдебномедицинските аутопсии, регламентирани в „Хармонизиране на правилата за съдебномедицинските аутопсии“, приета през 1999 г. на Съвета на министрите на държавите, членки на Европейския съюз..

Не бива да се подминават случаите на неправилни експертни заключения, които насочват понякога разследващите органи в съвсем погрешна посока и въздействат върху живота и професионалната кариера на лекарите, обект на разследване. Вещите лица трябва винаги да имат предвид, че носят наказателна отговорност за дадените от тях заключения. Това е утвърден принцип във всички държави и в този смисъл, нашата страна не прави изключение. Те могат да бъдат подлагани на съответни санкции, както от страна на професионалните организации, от правозащитните органи и държавни институции. В едно проучване Vall и сътр. детайлно описват ролята на лекаря- експерт в съдебни процеси, свързани с професионални нарушения.

При незадълбоченото изследване на труповете се пропускат важни детайли, които имат голямо значение за изграждането на правилна съдебномедицинска диагноза. Липсата на категоричност в диагнозата е друг съществен пропуск. Alan R. Moritz прави детайлен анализ на най-честите съдебномедицински грешки. Той установява, че най-често се случват при несъбиране на достатъчна информация преди аутопсията,

невземането на материали за допълнителни изследвания, неправилно интерпретиране на артефакти и др. Тези констатации намираме и в нашите изследвания..

При изготвяне на експертизи по материали от следствени и съдебни дела, включително и такива при медицински професионални нарушения, нерядко се изготвят повторни експертизи поради неправилни или будещи съмнение изводи в първоначалните. Непознаването на материята и стандартите, както и неправилната интерпретация на вече установени резултати и диагнози много често стават поводи за погрешни изводи, които в определени ситуации се оказват фатални не само за хода, но и за изхода на делата.

Самите правораздавателни органи изискват участието на клиницисти в съдебномедицинските експертизи по досъдебни производства и дела срещу медицински работници. В противен случай, нерядко експертните заключения будят съмнение. Назначават се повторни и допълнителни експертизи, като за всичко това е необходимо голямо процедурно време. В комплексните експертизи най-голямо е участието на специалисти от инвазивните медицински специалности – хирурзи, акушер-гинеколози, реаниматори, като в тях съдебният лекар е функционален организатор и ръководител на експертизата. Мултидисциплинарният подход в съдебно-медицинската практика е условие за максимална коректност и обективност. Обособяването на тесни медицински специалности прави невъзможна широката компетентност. Ето защо, произнасянето по редица казуси трябва да бъде комплексно и същевременно от позицията на всеки един специалист, включен в експертизата. Данните от изследване на С. Спасов в дисертациония му труд сочат, че 62,5% от експертизите са извършени от тричленна комисия, а в 26,8% от случаите експертизата е изготвена от комисия, чиито членове са 5 на брой. Тези резултати са близки до установените от нас, което потвърждава извода за необходимостта от участие на различни специалисти при дела за медицински професионални правонарушения.

Както в останалите европейски страни, така и у нас е необходимо да се наложат по-строги критерии за приемането и участието на вещите лица в системата. Специалност, трудов стаж, научна степен, кариерно развитие, брой участия в различните видове експертизи и др. Всичко това трябва да формира основните критерии при подбора на вещи лица за осъществяване на тази сложна и отговорна дейност.

6.ИЗВОДИ

1.Отчита се нарастване на претенциите към медицинските работници за допуснати от тях професионални правонарушения в сравнение с изминали периоди.

2.Основните жалбоподатели срещу професионални правонарушения са близки на пострадалите. Забелязва се повишаване на тенденцията за самосезиране на правораздавателните органи.

3.Най-висок е процентът на първоначалните съдебномедицински експертизи. Повторни съдебномедицински експертизи се налагат по-рядко, като резултат от незадоволителен анализ на данните.

4.Съдебномедицинските експертизи обикновено са комплексни с участието на различни специалисти, с цел обективен анализ и отговор на поставените задачи.

5.Най-голям е броят на претенциите срещу медицински професионални нарушения в инвазивните медицински специалности.

6.Липсата на достатъчно информация за предварително регистрирани заболявания, както и непълната документация затруднява диагностиката и лечението.

7.Висок е дялът на претенциите при случаи на несвоевременно отзоваване на екипите на Спешна медицинска помощ.

8.Най-често жалбоподателите са в трудоспособна възраст. Основна ричина при мъжете са сърдечно-съдови заболявания и травми, а при жените водеща причина са заболявания свързани с бременността, раждането и тези на репродуктивната система.

9.По-често е съвпадението на поставената и патологоанатомичната диагноза, дължащо се качествена преценка на биопсичен материал и точна патологоанатомична диагноза.

7.ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Става ясно колко всеобхватен, мащабен и значителен е проблемът с медицинските професионални правонарушения. Лекарски грешки е имало, има и ще продължава да има. Общовалиден е изразът „Който не работи, той не греши“. Що се отнася до медицината обаче, той има по-особен смисъл. Това е така, защото слагат отпечатък както върху лекарите, така и върху пострадалите пациенти и близките им. Не трябва да се пренебрегва и факта, че водят и до тежки финансови загуби за цялото общество. Всичко това предопределя активното участие на всички институции на всички нива, системна работа, анализи и колаборация за осъществяването на необходимата превенция с цел намаляване на тези правонарушения.

9. ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД:

9.1. ПРИНОСИ С ПРАКТИЧЕСКА СТОЙНОСТ

- 9.1.1. Извършен е задълбочен анализ по медицински специабводни за допуснати медицински правонарушения.
- 9.1.2. Установени са най-често срещаните правонарушения и е посочена тяхната характеристика.
- 9.1.3. Изяснена е необходимостта от създаване на единен медицински и правен регистър на случаите на допуснати медицински професионални правонарушения.
- 9.1.4. Предложен е механизъм за регулиране взаимоотношенията между лечебните заведения, обвинените медицински лица и екипи, както и пациенти и близки на пациентите-жалбоподатели.
- 9.1.5. Доказана е необходимостта от промяна на модела на финансиране на медицинската дейност.

9.2. ПРИНОСИ С ПРИЛОЖЕН ХАРАКТЕР:

- 9.2.1. Потвърдена е категоричната необходимост от приемане на медицински стандарт по медицинската специалност „Съдебна медицина и деонтология“.
- 9.2.2. Дадени са насоки за нови възможности за повишаване квалификацията на медицинските кадри от различните медицински специалности. Целта е профилактика от медицински професионални нарушения.
- 9.2.3. Посочени са механизми за подобряване качеството на съдебномедицинска експертиза и ролята ѝ при решаване на дела срещу лекари. Акцент е поставен върху необходимостта за засилване на колаборацията между съдебните лекари и специалистите от другите специалности при изготвяне на комплексни съдебномедицински експертизи.
- 9.2.4. Посочено е значението на добрите взаимоотношения между правозащитните органи, лекарите и ищците за предварително съвместно обсъждане на производства срещу лечебни заведения.
- 9.2.5. Подчертана е крайната необходимост от сътрудничество между специалистите по съдебна медицина и деонтология и правозащитниците.
- 9.2.6. Установена е необходимостта от повишаване професионалната квалификация на съдебните лекари и професионалното им непрекъснато обучение. Това ще допринесе за повишаване качеството на съдебномедицинската експертиза във всички области на дейността на съдебния лекар, вкл. с актуализиране и разширяване на програмите при обучението на студентите по дисциплината „Съдебна медицина и деонтология“.

10. СПИСЪК НА НАУЧНИТЕ ПУБЛИКАЦИИ И ДОКЛАДИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

9.1. CASE OF MISJUDGMENT AT THE MEDICO-LEGAL EXAMINATION, *Hadjiev R.T., Grozeva M.M., Gegova A.T., Petrov P.B., Gatev T. N 22nd Congress of International. Academy of Legal Medicine, July 5-8 2012, Istanbul – Turkey, page 197*

9.2. FAT EMBOLISM AFTER SURGERY GYNECOMASTIA, *Maria Grozeva, Radoswet Gornev, Vania Mitova, Rossen Hadjiev, Miroslav Zashev, Dimitur Penchev, Bulletin of Legal medicine, Vol 20, № 2 (2015), 113-115*

9.3. RARE CASE OF DEATH BY IN-VITRO FERTILIZATION, *Maria Grozeva, MD, PhD; Boris Slavchev, MD; Rossen Hadjiev, MD- University Hospital “ Lozenetz” Lyubomir Damyanov, MD- Medical Center for Human Reproduction - IALM (international. Academy of Legal Medicine) Intersocietal Symposium 21-24 June 2016 Venice, Italy*

9.4. MISTAKES IN EXPERTISE BY MATERNAL DEATH, *Rossen Hadjiev, MD; Maria Grozeva, MD, PhD; Boris Slavchev, MD, Stanislav Filipov, MD- University Hospital “ Lozenetz”, Lyubomir Damyanov, MD- Medical Center for Human Reproduction, Tzvetelin Gatev- Military Hospital- Sofia - IALM (International. Academy of Legal Medicine) Intersocietal Symposium 21-24 June 2016 Venice, Italy*

9.5. УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД БАРИАТРИЧНА ХИРУРГИЯ В СЪДЕБНО МЕДИЦИНСКАТА ПРАКТИКА, *Р. Горнев*, Р. Хаджиев**, А. Михайлов*, М. Зашев*, В. Митова*, М. Грозева** *Университетска болница «Лозенец», Клиника Коремна хирургия **Софийски университет «Св. Климент Охридски», Катедра «Съдебна медицина».*

9.6. УСЛОЖНЕНИЯ ДОСТИГАЩИ ДО СЪДЕБНАТА ПРАКТИКА ПРИ УПОТРЕБА НА ЕНЕРГИЙНИ ИЗТОЧНИЦИ В ХИРУРГИЯТА, *Р. Хаджиев**, В. Митова*, А. Михайлов*, М. Зашев*, М. Грозева**, Р. Горнев* *Университетска болница «Лозенец», Клиника Коремна хирургия **Софийски университет «Св. Климент Охридски», Катедра «Съдебна медицина»*

9.7. МАСТНА ЕМБОЛИЯ СЛЕД ОПЕРАЦИЯ ЗА ГИНЕКОМАСТИЯ *В. Митова*, Р. Хаджиев**, А. Михайлов*, М. Зашев*, М. Грозева**, Р. Горнев* *Университетска болница «Лозенец», Клиника Коремна хирургия **Софийски университет «Св. Климент Охридски», Катедра «Съдебна медицина»*

9.8. ПОСЛЕДСТВИЯ ОТ ПРОПУСКИ И ГРЕШКИ В СЪДЕБНОМЕДИЦИНСКИ ЕКСПЕРТИЗИ, *¹Д-р Росен Хаджиев, ¹доц. д-р Мария Грозева, д.м., ²доц. д-р Светлозар Спасов, д.м ¹Университетска болница „Лозенец“-София; ²Катедра по обща и клинична патология и съдебна медицина, Медицински университет-Пловдив сп. MEDICART, бр.1 г. XI стр. 54-56*

