

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ БІЛІМ ЖӘНЕ ҒЫЛЫМ  
МИНИСТРЛІГІ  
Қ.А.ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАЗАҚ-ТҮРІК УНИВЕРСИТЕТІ

ӘОЖ 340.6

Қолжазба құқығында

Молдалиев Жасұлан Илиясұлы

**Медициналық-құқықтық аспекті негізінде акушерлік тәжірибедегі емдік  
көмек көрсету қателіктері**

6М110100 – МЕДИЦИНА мамандығы бойынша медицина  
ғылымдарының магистрі академиялық дәреже алу үшін магистрлік диссертация

Ғылыми жетеші: м.ғ.к., доцент Н.А.Жұманазаров

ТҮРКІСТАН – 2018

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ БІЛІМ ЖӘНЕ ҒЫЛЫМ  
МИНИСТРЛІГІ  
Қ.А.ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАЗАҚ-ТҮРІК УНИВЕРСИТЕТІ

**Қорғауға жіберілді:**

«Адам патологиясы» кафедрасының  
менгерушісі, м.ғ.к., доцент

\_\_\_\_\_ Н.А.Жұманазаров

(қолы)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2018 ж.

**Магистрлік диссертация**

**Медициналық-құқықтық аспекті негізінде акушерлік тәжірибедегі емдік  
көмек көрсету қателіктері**

Мамандығы: 6М110100 – МЕДИЦИНА

Магистрант \_\_\_\_\_ Ж.И.Молдалиев  
(қолы) (аты-жөні, тегі)

Ғылыми жетекші, \_\_\_\_\_ Н.А.Жұманазаров  
м.ғ.к., доцент (қолы) (аты-жөні, тегі)

## МАЗМҰНЫ

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР.....	4
ҚЫСҚАРТУЛАР МЕН БЕЛГІЛЕР.....	5
КІРІСПЕ.....	6
1. Медициналық-құқықтық аспекті негізінде акушерлік тәжірибедегі емдік көмек көрсету қателіктері (ӘДЕБИЕТТЕРГЕ ШОЛУ)	
1.1 Халыққа медициналық көмек көрсету сапасын қамтамасыз етуде сот-медициналық сараптама қызметінің рөлі.....	10
1.2 Емдеудің керіс салдарынан туындайтын ятрогенді аурулар мәселесі.....	17
1.3 Денсаулық сақтау саласы дамуының әр түрлі кезеңдегі медициналық көмек көрсету сапасын қамту мәселелерінің шешімі.....	25
1.4 Әдебиеттерге шолу түйіндемесі.....	27
2. ЗЕРТТЕУ ЖҰМЫСЫНЫҢ МАТЕРИАЛДАРЫ МЕН ӘДІСТЕМЕЛЕРІ	
2.1 Зерттеу жұмысының жалпы сипаттамасы.....	29
2.2 Зерттеу жұмысының статистикалық әдістемелері.....	30
3. ЖЕКЕ ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ	
3.1 Акушерлік-гинекологиялық көмек көрсету сапасының сараптамасы.....	31
3.2 Медициналық көмекті жүктілерге, жаңа босанғандарға және балаларға көрсету барысындағы ақаулардың сипаттамасы.....	33
3.3 Медициналық көмек көрсетудегі ақаулар мен жүктілік нәтижесі арасындағы себеп-салдарлық қатынас.....	37
ҚОРЫТЫНДЫ.....	53
ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ.....	58

## НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР

1. “Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы” Қазақстан Республикасының Кодексі, Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі №193-IV Заңымен қабылданған (жариялануы: “Егемен Қазақстан” 2009 жыл 29 қыркүйек №315-318 (25715)).

2. “Медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін ұйымдарда қауіпті мінез-құлық қауіп факторлары жөніндегі денсаулық мектептерін ұйымдастыру және оның қызметі туралы ережені бекіту туралы” Қазақстан Республикасы, Денсаулық сақтау министрлігінің 2012 жылғы 5 наурыздағы №146 Бұйрығы.

3. “Негізгі әлеуметтік-елеулі аурулардың қауіп факторларының профилактикасы, салауатты өмір сүру салтын насихаттауы бойынша біріншілік медико-санитарлық көмек көрсетудегі медициналық жұмыскерлерінің әрекет алгоритмдері” туралы Қазақстан Республикасы, Денсаулық сақтау министрлігінің 2012 жылғы 17 ақпандағы №89 Бұйрығы.

4. “Тұрғындардың мақсатты топтарына профилактикалық медициналық қарау жүргізу ережесін бекіту туралы” Қазақстан Республикасы, Денсаулық сақтау министрлігінің 2009 жылғы 10 қарашадағы №685 Бұйрығына өзгеріс енгізу туралы 2011 жылғы 16 наурыздағы №145 Бұйрығы.

5. Қазақстан Республикасы МЖББС 5.04.033-2011ж «ЖОО нан кейінгі білім беру– магистратура. Негізгі қағидалары». 17.06.2011 ж.

6. ҚР Білім және ғылым министрлігінің 18.03.2008 ж №125бұйрығы «Жоғары оқу орындарында білімалушылардың үлгеріміне ағымдық бақылау, аралық және қорытынды аттестаттау өткізудің Типтік ережесі.(өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы 16.03.11ж. № 94)

7.МС 7.1 – 2003. Библиографиялық жазба. Библиографиялық баяндама. Жалпы талаптары мен ережені құрастыру.

## БЕЛГІЛЕНУЛЕР ЖӘНЕ ҚЫСҚАРТЫЛҒАН СӨЗДЕР

ДДСҰ - Дүниежүзілік Денсаулық Сақтау Ұйымы  
ДСМ - Денсаулық Сақтау Министрлігі  
АХК- Аурулардың Халықаралық Классификациясы  
ҚПК - Қылмыстық Процессуалдық Кодекс  
АПК - Азаматтық Процессуалдық Кодекс  
ҚК - Қылмыстық Кодекс  
АК - Азаматтық Кодекс  
ЕПМ - Емдік профилактикалық мекемелері  
ОҚО - Оңтүстік қазақстан облысы  
АГ - Акушер-гинеколог  
БМ - Басқа мамандар  
ҚР - Қазақстан Республикасы  
ТС - Тәуелсіз сарапшы  
ҚР МСҚК –Қазақстан Республикасы медицина саласын қадағалау комитеті  
ҚР СМС –Қазақстан Республикасы сот медицина сараптамасы  
ҚР ӘМ ОҚО СМФ-Қазақстан Республикасы Әділет Министрлігі Оңтүстік Қазақстан облысы сот медицина орталығының филиалы  
СМС - Сот медицина сараптамасы  
ОБПАБ – Облыстық патанатомиялық бюро  
АҚШ – Америка Құрама Штаттары  
РФ – Ресей Федерациясы  
ТМД – Тәуелсіз Мемлекеттер Достастығы  
СИА - Созылмалы инфекциялы аурулар  
МИ - ми инфаркты  
БЖ - Бүйрек жетіспеушілігі  
ТЭЛА - Тромбоэмболия  
ВГ - Вирусты гепатит  
АГ - Артериальды гипертензия  
АС - Атеросклероз  
ДМИ – Дене массасының индексі  
СМИ – Статистикалық мәнділік интервалы

## КІРІСПЕ

**Зерттеудің өзектілігі:**Қазіргі таңда ана өліміне баға беру өте қиын. Ана өлімі денгейі мемлекеттің дамуы, әлеуметтік жағдайы мен өркениеттілігінің индикаторы болып табылады. Қазақстан Республикасы Президентінің 2016 жылғы “ҚР өкімет басшыларының жұмысына баға беру” жарлығында бағалау критерийлерінің бірі, ана өлімі көрсеткіші ерекше орында екенін бағалады[7,8].

Айта кететін әрі мойындайтын жайт, соңғы он жыл ішіндегі ана өлімі көрсеткіші айтарлықтай төмендеген. Мемлекетімізде, ана өлімі маңызды мәселердің бірі болып есептелінеді. Денсаулық сақтау саласында заң реформаларының енгізілуіне байланысты, қазіргі таңда емдеу-профилактикалық мекемелеріндегі өзгерістерге өз әсерін тигізді [9].

Әдеби шолуларға назар аударсақ,ТМД-елдері және Европа мемлекеттерінде ана өлімі көрсеткіші 50% жоғары, бұл көрсеткіш кейбір Евроодақтас мемлекеттермен салыстырғанда 3 есе, алСкандинавия мемлекеттерінен 4 есе жоғары екен. Ал біздің мемлекетімізде бұл көрсеткіш ерекше орын алады[10,11].

Медицина қызметкерлерінің өздерінің кәсіби міндеттерін дұрыс атқармауыазаматтардың конституциялық құқығын бұзып қана қоймай, сонымен қатар ең басты құндылықтары, яғни адамдардың өмірі мен денсаулығына нұқсан келтіреді. Сот медициналық сараптаманың нәтижелері бойынша дәрігерлік көмек көрсетудің барысында жіберілген қателіктері сарапталып, емдеу-профилактикалық мекемелерінде қылмыстық құқыққа байланысты жіберілетін дәрігерлік қателіктердің алдын алу шаралары қазіргі таңда қарастырылуда[14].

Соңғы жылдары, сот медициналық практикасында белсенді түрде денсаулық сақтау қызметкерлерінің кәсіби және құқықтық қорғау сапасын бағалау жұмыстарын жүзеге асырып жатыр. Осы саладағы толық және айқын заңнаманың болмауы жиі медициналық қызметкерлердің медициналық қызмет бағытында халыққа мотивациялық емес теріс қарым қатынас жасалыпжүрді[12,13].

«Дәрігерлік жұмыс» ісі Сот медициналық сараптама үшін ең қиын, әрі ең жауапты жұмыстардың бірі болып табылады. Науқастардың немесе олардың туыстарының шағымына байланысты іс қозғалады, бұл өз кезегінде Қазақстан Республикасы сот-медициналық сараптама істерінде медициналық жұмыс көлемінің ұлғаюына дәлел болады. Сот медицина қызметкерінің көзқарасы, медициналық мәселелерді шешу барысында, тек заң тұрғысынан тергеу бойынша, қылмыстар немесе оқиғаларды тергеу барысында жиі басқа проблема туындайды, әрбір оқиғаны тұтастай көру қабілетін жоғалтады[5].

Ресейлік ғалымдардың айтуынша, соңғы жылдары сапасыз медициналық көмек көрсету есебінен медициналық мамандарға қарсы сот медициналық сараптамалар саны және Қылмыстық және Азаматтық процесстер күрт өсуі тіркелген[1,2,3].

Орыс ғалымы атап өткендей, сот-медициналық сараптаманың негізгі мәселесі-медициналық көмек көрсету кезінде қолайсыз нәтижелердің ушығып кетуі, осы мәселе бойынша мәліметтер клиникалық және сот медициналық тәжірибе үшін аз болды деп көрсетті. Бұл 1999 жылы Ресей Федерациясындағы " аумақтық сот медициналық сараптау бюросында 14357 аса күрделі сараптамалар бойынша қылмыстық және азаматтық істердің материалдары негізге алынып, оның ішінде 1490 сараптамалар медицина қызметкерлерінің құқық бұзушылық туралы қылмыстық істер қарастырылған[15,17].

Американдық дәрігерлер мен заңгерлер Қылмыстық және Азаматтық істер саны көбею себебі, емдеуде тек инвазиялық жиі асқындыратын әдістерді пайдалану емес, соған қоса тоқтатылған немесе шектелген, лицензиясы жоқ дәрігерлер көбеюі деп санайды. Сондықтан, прокуратура жиі осы заңсыз қызметін тоқтату үшін соңғы болып табылады. Бәлкім, біздің елімізде Денсаулық Сақтау Министрлігінде бақылау қызметінің өзгерістерінен осындай мәселелер туындауы мүмкін және ол прокуратуралық тексерістер жүргізілуінің артуына және медицина қызметкерлеріне қылмыстық істердің ашылуына себеп болады[16,18].

Медициналық көмек көрсету қызметінің сапасы тікелей қызметкерлердің кәсіби қателіктер мен кемшіліктер жіберуінің себеп-салдары мәселесімен де байланысты екені ешкімнің күмәнін келтірмейді. Осы өзекті мәселелердің бірі заң-құқық және медицина әдебиетінде әлі толық зерттелмей келе жатқанын айта кетуіміз қажет[19].

Қазіргі уақытта сот-медициналық практиканың ең өзекті мәселелерінің бірі- наука денсаулығына дұрыс емес медициналық көмектің кері әсерін және жиі алғы шарттарын және медицина қызметкерлер қылмысының себебін анықтау. Сот медициналық тәжірибеде медицина қызметкерлерінің профессиональды қылмыстарын комиссиялық сараптауға байланысты әдістемелік нұсқаулар әзірлеуіне мұқтаж. Мұндай жұмыс ұйымдастыруды жақсарту және медициналық көмектің сапасын жақсарту үшін көмектесе алады. Бұл мәселе жөнінде ұлттық деңгейде ғылыми жұмыстар, іс жүзінде жоқ. Барлық жоғарыдағы аталған зерттеулердің нәтижесі ғылыми жұмыстың өзектілігі үшін негіздеу болып табылады[22,23].

Көптеген жүргізілген зерттеулерде қызметкерлердің емдік іс-шаралары кезінде, кәсіби қателіктер мен кемшіліктер жіберуі туралы мәселелері кеңінен қарастырылып, өз кезегінде қызметкерлердің кәсіби жауапкершілігін арттыру мақсатында құқық негіздерін дәлел ретінде қолдануына ықпал етеді[25].

**Зерттеудің мақсаты:** Акушерлік тәжірибеде емдік іс-шаралар барысында туындайтын, дәрігерлік қателіктердің алдын алу шараларын патанатомиялық және сот-медицина сараптама қорытындылары бойынша талқылау.

#### **Зерттеудің міндеттері:**

- Акушерлік тәжірибедегі медициналық жәрдем көрсету қызметі кезінде, көп кездесетін кәсіби қателіктер мен кемшіліктерді(стационарға дейінгі және стационардағы кезеңі, диагностика, емдеу, ұйымдастыру кезеңдерін) анықтап, оларға сараптамалық баға беру.

- Ана өліміне терең сот медициналық және патологоанатомиялық сараптамалар жасай отырып, Оңтүстік Қазақстан облысындағы әйелдердің жүктілік пен бала туудың қолайсыз жағдайында, дұрыс медициналық жәрдем көрсетпеуінің негізгі себеп-салдарының үлесін анықтау.

- Жүктілік пен босану кезіндегі ана өлімін алдын алуға болатын немесе мүмкін емес, «өлім аузында қалған» әйелдер жағдайлардына қолайсыз аяқталуына әсер еткен жанама немесе жалпылай диагностикалық процесс барысындағы кемшіліктердің дәрежесін анықтау.

#### **Зерттеудің ғылыми жаңалығы:**

- Алғаш рет, ана өлімінің саластырмалы сот медициналық және патологоанатомиялық сараптамалар жасау арқылы, 2012-2017 жылдар аралығында Оңтүстік Қазақстан облысындағы ана өлімінің себептерінің дамуы мен құрылымы жайында зерттеу жасалынды.

- Алғаш рет жүкті әйелдерге медициналық жәрдем көрсету қызметі кезіндегі жіберілген кемшіліктеріне талдау жасалынды.

- Алғаш рет перинатальдық өлім жағдайында ұйымдастыру жұмыстарында жіберілген кемшіліктер анықталды.

#### **Зерттеудің тәжірибелік маңыздылығы:**

Зерттеу материалдарының негізінде сот-медициналық сараптамада медициналық көмектің қателіктерінің келіп шығу себепін және құрылымын талдап жүйелендірілді.

Әр түрлі маман дәрігерлері арасында медициналық көмек қателіктерінің ең көп тараған себептері анықталды. Әр түрлі маман дәрігерлері арасында медициналық көмек қателіктерінің ең көп кездесетіндері жайлы дерекқорлар түзілді.

Медицина қызметкерлерінің медициналық көмек көрсету қателіктері және сапасын арттыру, алдын алу жөнінде ұсынымдар дайындалып тәжірибеге енгізілді.

#### **Қорғауға ұсынылатын негізгі мәселелер:**

1. Комиссиялық сот-медициналық сараптамалардың түрлі медициналық мекемелерде азаматтарға сапалы медициналық көмек көрсету қателіктері жайлы материалдары бойынша аймақтық деңгейде (Оңтүстік Қазақстан облысы) деректер базасын жасау.

2. Медицина қызметкерлерінің медициналық көмек көрсету барысындағы қателіктерін анықтау мақсатында кешенді сот медициналық сараптама жүргізіліп, оларды жүйелендіру, сондай-ақ медициналық көмек қателіктері мен қолайсыз нәтижелері арасындағы байланыс себептерін анықтау.

3. Медициналық кадрларға қарсы қылмыстық және азаматтық істер орын алған жағдайда, қақтығыстардың алдын алу шараларын әзірлеу бойынша сот-медициналық сараптамалардың рөлі мен маңызы.

4. Медициналық көмек қателіктері мен қолайсыз нәтижелерді зерттеу барысында сот медициналық сараптама қызметінің тиімділігін бағалау.

**Диссертациялық жұмыстың апробациядан өтуі:** Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университетінің, Медицина салааралық



ғылыми кеңесінің ( сәуір айының 04 жұлдызы 2018 ж., Хаттама №6, Түркістан қ.) мәжілісінде апробациядан өтті. Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университетінің, Стоматология факультетінің “Адам патологиясы” кафедрасының ғылыми әдістемелік семинарында (сәуір айының 02 жұлдызы 2018 ж., Хаттама №7, Түркістан қ.) талқыланды.

**Диссертациялық жұмыстың жариялануы:**Қазақстан Республикасы ЖАҚ тізіміндегі журналында - 3 мақала:1 мақала -«Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ-нің Хабаршысында», 1 мақала -«Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ-нің студенттер мен жас ғалымдардың І Халықаралық ғылыми-тәжірибелік конференциясында», сонымен қатар 1 мақала -«Фармация Қазақстана» журналында жарық көрді.

**Диссертациялық жұмыстың тәжірибеге ендірілуі:**Зерттеу нәтижелерін ОҚО облыстық патанатомиялық бюро мен ҚР ӘМ-не қарасты Сот медицина орталығының, ОҚО филиалының күрделі сараптама бөліміне дәрігерлік қателіктер жайлы ақпараттар енгізілді.

**Диссертациялық жұмыстың көлемі мен құрылымы:**Диссертацияның жалпы көлемі 64 бет, компьютерлік мәтінмен терілген (Microsoft Word, Times New Roman, size 14), ғылыми жұмыс кіріспеден, әдебиеттік шолудан, зерттеу жұмысының материалдары мен әдістемелерінен, жеке зерттеу нәтижелерінен, қорытындыдан және қолданылған әдебиеттер тізімінен тұрады.

Жұмыс көрнекіліктері: 6 кесте, 8 диаграммадан тұрады. Әдебиеттер тізімі - 123.

# 1.МЕДИЦИНАЛЫҚ-ҚҰҚЫҚТЫҚ АСПЕКТІ НЕГІЗІНДЕ АКУШЕРЛІК ТӘЖІРИБЕДЕГІ ЕМДІК КӨМЕК КӨРСЕТУ ҚАТЕЛІКТЕРІ (ӘДЕБИЕТТЕРГЕ ШОЛУ)

## 1.1.Халыққа медициналық көмек көрсету сапасын қамтамасыз етуде, сот-медициналық сараптама қызметінің рөлі (әдебиетке шолу)

Қазақстан Республикасында соңғы кездегі өте маңызды саяси оқиғалар, мемлекеттік құрылымның ауысуы өзге де әлеуметтік-экономикалық жағдайлардың қалыптасуына, халықтың өмірлік деңгейінің құлдырауына, «криминогендік» ахуалдың нашарлауына және ауыр қылмыстың көбеюіне алып келді. Осыған байланысты сот-медициналық қызмет саны айтарлықтай артқан сараптамаларға ғана емес, сонымен бірге сараптамалық зерттеулер құрылымының күрт өзгеруіне ұшырады. Азаматтардың денсаулығын қорғау мемлекеттің ең маңызды мәселелерінің бірі болып табылады, ол Қазақстан Республикасының Конституциясында (1993) және медициналық қызметті регламенттеуге қатысы бар бірқатар заңдарда бекітілген. Оларға «Халықтың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығы туралы заңы» (1991); «Адам ағзасын және (немесе) ағза бөлігін транспланттау туралы» (1992); «Тұтынушылар құқығын қорғау туралы» (1992); «Азаматтардың денсаулығын сақтау туралы Қазақстан Республикасының заң негіздері» (2006) т.б. жатады [7,8,9,10].

Қаржыландырудың жетіспеушілігі, халықтың және емдеу-профилактикалық мекемелердің дәрі-дәрмекке қол жеткізу қиындығы, денсаулық сақтау жүйесінің түрлі қызметтерінің бірлескен қызметін үйлестіру күрделілігі денсаулық сақтаудың дамуын, медициналық көмектің қолжетімділігін және оның сапасын қамтамасыз етуді тежейтін факторлар болып табылады [2,3].

Халыққа медициналық көмек көрсету сапасын қамтамасыз етуде сот-медициналық сараптама қызметін тәжірибеге қосуды талдау, оның бірқатар маңызды және міндетті жағдайлармен, яғни жоғары кәсіби деңгейді және бірлескен іс-әрекеттерді орындау үшін, сараптамалық және құқық қорғау құрылымдарының шұғыл дайындығын қамтамасыз етумен, тергеу мен жауап алудың барлық кезеңдерінде сараптамалық және құқық қорғау құрылымдарының әрекеттерін үйлестірумен, толыққанды және шұғыл өзара ақпараттандырумен, нақты істі тексеру барысында өзара әрекет етудің тиімділігін талдаумен және сериялы қылмыстарды жалпылама талдаумен, тиімді ынтымақтастық формаларын дайындаумен анықталатынын көрсетті. Н.И. Вишняков бірлескен автормен бірге [11], Санкт-Петербурдағы денсаулық сақтау жағдайын талдай келе, медициналық көмек жүйесіндегі күрделі өзгеріске қарамастан, осы күнге дейін соңғы өзгерістер барлық жағдайларда жоғары сапалы медициналық көмекті қамтамасыз ету бойынша, басты мәселенің шешімін таппағанын ескертеді.

Денсаулық сақтау туралы Қазақстан Республикасының заңында (11 бап): «Әрбір азамат денсаулық сақтауға және медициналық көмекке құқылы. Мемлекеттік, мемлекеттік және муниципалды денсаулық сақтау мекемелерінде азаматтарға медициналық көмек тиісті бюджет қаражаты, өзге түсімдер есебінен тегін көрсетіледі» делінген. Бұл мақалада денсаулық сақтау мекемелерінің азаматтарға тегін медициналық көмек көрсету міндеті жарияланады және лауазымды тұлғалардың адамдардың денсаулығы мен өміріне қауіп төндіретін фактілер мен жағдайларды жасыру жауапкершілігі қарастырылады [12,13,14].

В.А. Рыковтың ойынша, [15] елімізде дәрігер мен наукас арасындағы өзара қатынас бір жағынан, әр адамның міндетті медициналық сақтандыру бағдарламасы аясында, тегін медициналық көмек алудың конституциялық құқығымен, екінші жағынан мемлекеттік және муниципалды медициналық мекемелердің атынан осындай көмек көрсету мемлекеттің конституциялық міндетімен нақтыланады.

Парламенттің 06.07.2006 жылғы қабылдаған №170-ІІІ ҚРЗ «Азаматтардың денсаулығын сақтау туралы Қазақстан Республикасының заң негіздері» мемлекеттің, оның органдарының, мекемелердің және еліміздің азаматтарының өзара қатынасын анықтайтын негізгі заң болып табылады. Бұл заңда денсаулық сақтау саласында азаматтар мен халықтың жеке топтарын әлеуметтік және құқықтық қорғау құқықтары мен медициналық және фармацевтикалық жұмысшылардың жауапкершілігі келтіріледі. Негізінде, осы заңға сәйкес азаматтардың медициналық сараптамаға, оның ішінде арнайы мекемелерде олардың жеке өтінішімен жүргізілетін, тәуелсіз түріне құқығы бар [1,4].

Ю.Д. Сергеев бірлескен авторымен бірге [16], соңғы жылдары денсаулық сақтау саласында маңызды өзгерістердің орын алғанын, олардың сот-медициналық тәжірибеде байқалғанын, атап айтқанда, алуан түрлі шұғыл көмек көрсеткен емдеу-профилактикалық мекемелердің зорлық өлім жағдайларында клинико-анатомиялық талдауға деген талаптардың айтарлықтай артқанын; емдеу мекемелерінен тыс кенеттен келген өлім жағдайлары бойынша клинико-анатомиялық жұмыстың белсендірілгенін айтады. Заңнаманың жанартылуы комиссиялық сот-медициналық сараптамаларды өткізуді және сарапшылардың алдағы уақытта сот отырысына қатысуын біршама күрделендірді, халықты жаңа заңнамалық нормалардың пайда болуымен қатар құқықтық тұрғыдан белсендендіру медициналық қызметкерлерге қатысты азаматтық және қылмыстық іс материалдары бойынша комиссиялық сараптамалардың күрт өсуіне алып келді.

В.Ю. Семенов бірлескен авторларымен бірге [17], 1997 жылы Ресей Федерациясының 70 субъектілерінде медициналық көмектің сапасына сараптама жүргізу кезінде, айқындалған заң бұзушылықтар былайша бөлінген деп есептейді: медициналық көмек көрсету көлемінің артуы - 35,4%; сапасы сай келмейтін медициналық көмек - 30,5%; сараптама жүргізуге кедергі болатын

әрекеттер - 7,5%; госпитализациялау мерзімдерінің сәйкессіздігі - 6,8% т.б. - 19,8%.

Сараптамалық және сот тәжірибесін талдау, А.Б. Гребенькованың бірлескен авторларымен бірге [18], медицина жұмысшыларының денсаулыққа келтірген зияндарының орнын толтыру бойынша қозғалған азаматтық істерді тергеу заңның жетілмеуімен, сондай-ақ тергеуші мен соттың медициналық көмекті көрсету маңызы мен ерекшеліктерін түсініспеуіне қатысты зор қиындықтарымен байланысты. Авторлар мұндай жағдайда сот-медициналық сараптаманың маңызы зор, алайда ғылыми-әдістемелік базаның болмауы сарапшылардың жұмысын барынша қиындатады деп есептейді.

Осылайша, мемлекетте болып жатқан әлеуметтік-экономикалық өзгерістер мен денсаулық сақтау саласындағы реформалар, оның ішінде тұтынушы құқығының қозғалысын белсендендіру, азаматтардың медициналық көмекті көрсету кемшіліктеріне байланысты моральдық және материалдық шығынның орнын толтыру үшін, сот-тергеу органдарына жүгіну жағдайларының күрт артуына алып келді.

Дәрігердің кәсіби құқық бұзушылығы үшін заңды жауапкершілігі – орасан кең ұғым, Ресей Федерациясының заңнамасына сәйкес қылмыстық, азаматтық-құқықтық, материалдық және тәртіптік жауапкершілікті қамтиды [12,19,13,20].

Медициналық қызметкердің қылмыстық жауапкершілігі ҚР ҚК 112 бабымен қарастырылған қылмысы үшін басталады, ол қылмыстың келесідей мәнін түсіндіреді: «Қылмыстық жазалау қатерімен тыйым салынған қоғамға қауіпті, кінәлі түрде істелген іс-әрекет». Жеке адамға, қоғамға немесе мемлекетке зиян келтірмеген және зиян келтіру қаупін туғызбаған іс-әрекет немесе әрекетсіздік қылмыс болып табылмайды. Бұл анықтамада қылмыстың формальды белгісі де (құқыққа қарсылық), материалдық белгісі де (қоғамдық қауіптілік) қамтылады. Қасақана немесе абайсызда жасалған әрекет қылмыс, тікелей немесе жанама ниетпен жасалған әрекет қасақана жасалған қылмыс деп танылады (ҚР ҚК 103 б), абайсызда жасалған қылмыс - менмендікпен немесе немқұрайлықпен жасалған әрекет (ҚР ҚК 111 б) [21].

Р.А. Деньковскийдің бірлескен авторларымен бірге ойлауынша [22], медицина жұмысшыларының қылмыстық ісінің астарында халыққа медициналық қызмет көрсету саласындағы олардың адамның денсаулығына зиян келтірген немесе келтіруі мүмкін немесе азаматтардың денсаулығын сақтау құқығын бұзған ұзақ немесе абайсызда жасаған қоғамға қауіпті іс-әрекетін (әрекет немесе әрекетсіздік) түсінуге болады.

И.Г. Вермель [23] дәлелдегендей, медицина жұмысшыларының сәйкес емдемегені үшін қылмыстық жауапкершілігі келесідей шарттар болғанда басталады: медицина жұмысшысының әрекеті объективті түрде дұрыс емес, медицинаның жалпыға бірдей ережелеріне қайшы болуы; медицина жұмысшысы алған біліміне және иеленген қызметіне қарай өзінің әрекеттері дұрыс емес екенін және науқастың денсаулығына зиян келтіруі мүмкін екенін; дұрыс емес әрекет қолайсыз жағдайлардың басталуына тікелей немесе жанама

әсер ететінін (науқастың өліміне немесе оның денсаулығына айтарлықтай зиян келтіруі)сезінуі тиіс.

Азаматтардың өмірі мен денсаулығы заңмен қорғалатындықтан, азаматтардың өміріне және денсаулығына айтарлықтай зиян келтіру қылмыс болып саналады [24,25,6,14].

Арнайы әдебиетте медицина қызметкерлерінің кәсіби құқық бұзушылықтарының түрлі топтамалары келтіріледі. Алайда, В.Л. Попов [26] медицина жұмысшыларының кәсіби қылмыстарының топтамасын «жасаудың» аса қажеттілігі жоқ деп есептейді, өйткені олар Ресей Қылмыстық заңнамасымен жүйеге келтірілген.

Осылайша, еліміздің заңнамасымен медицина жұмысшыларының өмір мен денсаулыққа қарсы, халық денсаулығы мен қоғамдық адамгершілікке қарсы қылмыстары, экологиялық қылмыстары және мемлекеттік билікке, мемлекеттік қызмет мүдделеріне және жергілікті өзін-өзі басқару органдарындағы қызметке қарсы қылмыстары үшін, қылмыстық жауапкершілік қарастырылған. Медицина тәжірибесіндегі дәрігер қатесі мен жазатайым оқиға қылмыс болып саналмайды және қылмыстық жауапкершілікке тартылмайды [27,28,29,30,31].

Сот медицинасында дәрігерлік қате деп - дәрігердің науқастың денсаулығына еріксіз түрде зиян келтірілген ақ ниетпен адасуын айтады, бұған медициналық білімнің, диагностикалау және емдеу әдістерінің жетілмеуі немесе объективті қиын жұмыс жағдайлары себеп болуы мүмкін [28,32,16,29,30].

Е.В. Козьминых дәлелдегендей [33], осындай жағдайларда денсаулыққа келтірілген моральдық зиян медицина жұмысшысының кінәсіне қарай, аса қауіпті белгілері бар қызметпен келтірілген зиян ретінде орны толтырылады.

Медициналық әдебиетте «дәрігерлік қате» терминінің бірқатар анықтамалары және олардың пайда болу көздері қамтылады. Дәрігерлік қателер диагностикалық (ауруды танымау немесе қате тану), тактикалық (операцияға дәлелдерді дұрыс анықтамау, операция көлемін қате таңдау, науқасты көмек көрсеткен орнынан немесе стационарлық емдеу кезінде уақытылы немесе негізсіз ауыстыру), емдеу (медициналық техниканы, құралды дұрыс пайдаланбау, медициналық құжатнамағасәйкес келмейтін дәрі-дәрмектерді қолдану) және деонтологиялық (дәрігердің науқаспен, оның жақындарымен тіл табыса алмауы, науқастың және оның туыстарының көзінше абайсыз ескертулері мен сөздері)болуы мүмкін [34,35,28,30].

Медициналық қызмет кемшіліктерінің сот-медициналық аспектілері бірқатар негіз қалаушы зерттеулерде көрініс тапты, онда дәрігерлік қателердің анықтамасы берілді, түрлі аймақтарда сараптама материалдарымен дәрігерлік қателер зерттелді, дәрігерлік істің топтамасы дайындалды [36,37].

И.Ф. Огарков [38] дәрігерлік қызметтегі кәсіби құқық бұзушылықтарды былайша топтауды ұсынды: дәрігерлердің қасақана жасалған қылмыстары, абайсыз әрекеттері, дәрігерлік қателер, жазатайым оқиғалар, дәрігерлерді заңды тұрғыдан негізсіз кінәлау.

В.И. Молчановтың [39] ұсынған топтамасы да көбірек осыған ұқсас: қасақана жасалған қылмыстары, абайсыз әрекеттері және немқұрайлылық, дәрігерлік қателер, медициналық тәжірибедегі жазатайым оқиғалар.

М.И. Каган бірлескен авторларымен бірге [40] дәрігерлік қателерді келесідей топқа бөледі: 1. Ұйымдастырушылық-әдістемелік (диагностикалық, немесе, дұрысын айтқанда, дәрігерлік); 2. Емдеу-тактикалық; 3. Хирургтың ойының біржактылығынан туындайтын және операция жасау мен емдеуде техникалық олқылықтармен себепші болған салғырттық, немқұрайлылық, абайсыздық; 4. Наркозды және дәрілерді көтере алмау, мөлшерден тыс беру. Біздің ойымызша, бұл топтамада, дәрігерлік қателер өзінің кәсіби міндеттерін тиісінше орындамаған және медициналық қызметкердің салғырттығы сияқты қылмысқа жататын және қылмыстық жаза қолданылатын болып саналатын ұғымдармен шатастырылады.

В.Ф. Чавпецов бірлескен авторларымен бірге [41] дәрігерлік қате деп дәрігердің науқасқа қандайда бір медициналық көмек көрсетуге қиынсынуға (медициналық технологияны орындауға) себеп болған немесе себеп болуы мүмкін, науқастың ауруының асқыну тәуекелін, жаңа патологиялық үдерістің пайда болуын төмендетпеген немесе арттырған, медицинаның ресурстарын тиімсіз пайдалануға және науқастың оның медициналық қосалқы жүйемен өзара әрекет етуінен қанағаттанбауына алып келген әрекетін немесе әрекетсіздігін айтуға болады деп есептейді.

И.В. Давыдовскийдің ойынша, дәрігерлік қате [42] – дәрігердің дәрігерлік ғылымның өзінің және оның әдістерінің жетілмеуіне немесе аурудың мөлшерден ауытқып өтуі нәтижесіне, немесе осы ретте салғырттық, елемеушілік не медициналық білімсіздік байқалмаса, дәрігердің жеткіліксіз дайындығына негізделген ақ ниетпен адасуы.

И.Л. Попов ескерткендей [16], бұл анықтаманың жалпыға кең тарағаны соншалық, тіпті кейбір маңызды емес түзетулерімен медициналық энциклопедияларға, көптеген монографиялар мен оқулықтарға енгізілді. Автордың ойынша, дәрігерлік қатені дәрігердің ауруларды диагностикалауда, емдеу-профилактикалық шараларды ұйымдастыруда және өткізуде кәсіби міндеттерді орындау кезіндегі дұрыс емес (қате) әрекеті немесе әрекетсіздігіретінде анықтауға болады. Медициналық тәжірибеде жазатайым оқиғаларға емдеудің қолайсыз нәтижесі жатады, ол жағдайлардың кездейсоқ тоғысуының және дәрігердің өзінің қызметтік міндеттеріне барынша адал қарағанның өзінде оны алдын ала білу мүмкін емес қорытындысы болып саналады [28,32,16,29,30].

В.И. Акопов [43] жазатайым оқиғаларға емделуден бас тартқан кезде ғана болдырмауға болатын диагностика мен емдеу барысындағы асқынуды жатқызады. Автор жазатайым оқиғалардың осындай категориясына: нұсқауға сәйкес орындалған дәрі-дәрмектерді немесе профилактикалық вакциналауды қолдану кезінде, аллергиялық немесе уытты әсер салдарынан ойламаған асқынуларды немесе өлімнің басталуын; операция алдында немесе барысында психикалық немесе эмоциялық шоктан кенеттен болған өлімді; операциядан

кейінгі асқынудан және күрделі әдісті орындау кезінде, жүректің рефлекстік тоқтауын жатқызады.

Бірақ заңда, атап айтқанда «Тұтынушылар құқығын қорғау туралы»(1992) және «Азаматтардың денсаулығын сақтау туралы Қазақстан Республикасының заң негіздерінде» (2006) медициналық жұмысшылардың азаматтардың денсаулығына зиян келтіргені үшін материалдық немесе моральдық шығынды төлеу қарастырылатынын айта кету керек [9,10].

В.Н.Крюков бірлескен авторларымен бірге, [44] медициналық жұмысшылардың аса айрықша құқық бұзушылықтары келесідей жағдайларда іске асады деп есептейді: РФ ДМ бұйрықтарын, Үкімет қаулыларын, заңдарын орындамау; диагностикалық зерттеулерді орындамау; емдеу тәсілі мен әдісін қате таңдау; денсаулық пен өмір үшін қауіпті асқынуларды кеш білу; медициналық араласу кезінде немқұрайлылық, медициналық аспаптардың, аппаратураның нашар жағдайы, тиісті дәрі-дәрмектің болмауы; ауыр науқасқа немесе операциядан кейінгі кезеңде нашар күтім; медициналық құжатнаманың болмауы немесе нашар дайындалуы; науқасты тексерудің, емдеудің және күтудің санитарлық-гигиеналық талаптарының сақталмауы.

Бірақ авторлардың ойынша, халыққа тегін медициналық көмек көрсететін медициналық мекемелердің жүйесінің және азаматтарды тиісті сапада медициналық көмекпен қамтамасыз ету бойынша құқықтық қатынастарды қалыптастырудың жаңа қағидаларының дамуымен бірге, жайсыз аяқталған емдеу үшін шығынды төлеу туралы арыз-шағымдар саны артатын болады, ал мұндай жағдайда сот- медициналық комиссияның қорытындылары басты және негізгі дәлел болып табылады [45,46].

В.Л. Попов [17] моральдық шығын келтіргені үшін жауапкершілік іс-әрекетті қасақана немесе абайсызда жасаған кезде ғана емес, сонымен қатар зиянды кездейсоқ келтіру және тіпті құқықтық әрекеттер кезінде де басталуы мүмкін екенін ескереді. Автор моральдық шығынды келтіргені үшін шағым ұсынуға қатысты әдеттегі мысалдар деп: кеш қойылған диагнозды және қисынсыз созылған диагностикалық үдерісті; аурудың дұрыс емес диагнозын, асқынудың дамуын және салдары ретінде қосымша физикалық және адамгершілік азап келтіруді; хирургиялық араласу тәсілін қате таңдауды, оларды орындау барысындағы қатені; ауруханаға кеш жатқызуды т.б. айтады.

Осылайша, медициналық жұмысшылардың қоғамдық қауіпке қарай құқық бұзушылықтары заңға қайшы қылықтар (әкімшілік, тәртіптік, азаматтық-құқықтық) және ҚР ҚК қаралған қылмыстар деп бөлінеді.

В.П. Новоселов [47] дәрігерлердің қылмыстық құқық бұзушылықтарын кәсіби және қызметтік деп бөліп қарастырады. Автор кәсіби қылмысқа медициналық ғылым мен тәжірибенің заманауи талаптарын, этика және деонтология ережелерін бұзумен байланысты таза кәсіби міндеттерді, ал қызметтік қылмысқа өзінің міндеттерін тиісінше атқармаумен байланысты бұзушылықтарды жатқызады.

В.А. Рыков [48], дәрігерлерге көбіне абайсызда өлімге алып келу, оның ішінде тұлғаның өзінің кәсіби міндеттерін тиісінше атқармауы салдарынан

айып тағылады деп есептейді (РФ ҚК 109 б.). Бұл дәрігер (басқа да медициналық жұмысшы) олар кәсіби міндеттерін атқару кезінде өрескел салғырттық, қылмыстық ұқыпсыздық немесе алаңғасарлық танытқан жағдайларда, бірақ әрекет (әрекетсіздік) пен өлімнің басталуы арасында тікелей себеп-салдарды байланыс орнатылған болса, өлімге алып келуге ешқандай пиғыл болмаса дәрігердің қылмысы болып есептеледі. Дәрігерлікті тиісінше атқармаудың астарында, медициналық ғылым мен тәжірибенің ережелері мен бұйрықтарына (толық немесе жартылай) жауап бермейтін әрекеттер түсініледі. Олар науқасты соңына дейін тексермеуден, шұғыл жұмыстарға жеткілікті дайындалмаудан және ұқыпсыз орындаудан, жеткіліксіз қараудан және бақылаудан, нұсқаулар мен ережелерді сақтамаудан, медициналық құжатнаманы дұрыс жүргізбеуден және дәрілерді немқұрайлы қолданудан, медициналық көмекті ұйымдастыру кемшіліктерінен т.б. аңғарылады.

Медициналық жұмысшыларға науқастың денсаулығына абайсызда зиян келтіруге немесе өлімге алып келген дәлелді себепсіз науқасқа көмек көрсетпеген (ҚР ҚК 101, 111 б.) немесе дәрменсіз халде тұрған тұлғаны қауіпке қалдырған жағдайда, сондай-ақ кінәлі осындай көмек көрсетуге мүмкіндігі болған жағдайда (ҚР ҚК 119 б.) айып тағылуы мүмкін. Ескерер жәйт, ҚР ҚК баптарының жартысы медициналық жұмысшыларға ғана қатысты емес, себебі медициналық білімі жоқ тұлғалар да құқық бұзушылық субъектісі болуы мүмкін, дегенмен бірнеше бап тек дәрігерге ғана қатысты (мысалы, науқасқа көмек көрсетпеу – 118 б.; медициналық тәжірибемен заңсыз айналысу – 266 б. т.б.) [53, 54].

Емдеу-профилактикалық мекеме қызметкерлерінің дұрыс емес және заңсыз іс-әрекеттері (көбіне білместіктен) болуы мүмкін және көбіне нақты айыптау немесе қоғамдық айыптау, сонымен қатар денсаулық сақтау жұмысшыларын түрлі жауапкершілікке, яғни сот тәртібімен тарту негізі болып табылады.

Ятрогендік ауруларды медициналық-құқықтық бағалаудың біркәнді еместігіне байланысты, дәрігерлерге олардың пайда болу сипаты мен себептері туралы; кәсіби қызметті құқықтық қорғау нормалары туралы; науқастың денсаулығына келтірілген зиянның орнын материалдық толтыру бойынша жауапкершілікті немесе кәсіби міндеттерді тиісінше орындамағаны үшін, жауапкершілікті орнатып қана қоймай, экстремалды және өзге де ерекше жағдайларда медициналық көмек көрсету барысында жасалған іс-әрекеттің айыпты емес екенін нақтылайтын, яғни аса қажеттілік; негізді тәуекел; міндетті сипатқа ие үкімді немесе бұйрықты орындау; кінәсіз зиян келтіру сияқты денсаулыққа келген зиян үшін дәрігердің жауапкершілігін жоққа шығаратын ҚР ҚК пен АҚ баптарының мазмұны туралы нақты түсінігі болуы қажет [101, 111, 114] ҚР ҚК.

Осы мақсатпен, емдеу-профилактикалық мекеменің қамсыздандырылу құқығының негізгі бағыттарын әзірлеу, медқызметкерлерді құқықтық оқытуды ұйымдастыру, барлық медициналық мамандықтар бойынша құқықтық ақпаратты медициналық құжатнамаға ендіру, дәрігерлер мен орта



меджұмысшыларды аттестациялау кезінде құқықтық заң деңгейін бейресми түрде анықтау қажет. Медқызметкерлер үшін олардың кәсіби қызметін құқықтық қамтамасыз ету мәселелері бойынша ресми әдістемелік ұсыныстар (құралдар) шығару қажет. Барлық медициналық мамандықтар бойынша дипломнан кейінгі біліктілікті арттыру кезеңдерінде әр мамандықтың кез келген ерекшеліктерін бөлумен құқықтық дайындалуға айрықша көңіл бөлген жөн [48].

Өз құқықтарын, міндеттерін және өз жауапкершілігін, сонымен қатар медициналық құқықтық қатынастардың өзге де субъектілерінің құқықтары мен міндеттерін білу, заңдарды және басқа да құқықтық актілерді нақты орындау медициналық қызметтің негізі болуы тиіс; бұл медициналық тәжірибеде болмауы мүмкін емес кәсіпкердің туындауы барысында заңды жауапкершіліктен сақтану кепілі болып табылады [49].

## **1.2.Емдеудің керіс салдарынан туындайтын ятрогенді аурулар мәселесі**

Көптеген жылдар бойы медициналық тұрғыдан ғана емес, сондай-ақ құқықтық нормалар жақтан да басты мәселелердің бірі – ятроген мәселесі (ятрогендік аурулар, ятрогенеза, «вторых болезней»).

Еліміздегі [50,51,52] және шетелдік бірқатар авторлардың еңбектері, ятрогеннің түрлі аспектілеріне арналған. Көптеген авторлар түрлі медициналық мамандықтарда: хирургияда, анестезиологияда, акушерлікте және педиатрияда т.б.клиникалық және секциялық материалда ятрогенияларды зерттеді [55,56].

Ятрогениялардың этиологиясы мен патогенезін түсіндіруде айтарлықтай айырмашылықтары бар анықтамалар мен топтамалар аз емес.

В.В Некачалов [63] ескерткендей, түрлі уақытта емдеу-диагностикалық үдерістің кері салдары «қате және асқын», «дәрігерлік қате», «салғырттыққа байланысты қате», «аурухана емдеудің кемшіліктері, көлеңкелі тұстары» т.б. ретінде белгіленді. А.А. Баталов бірлескен авторларымен бірге (64) емдеудің кері салдарын «екінші ауру» деп, ал М.Н. Алиев [65] – емдеуден туындаған аурулар деп атады.

С.Я. Долецкийдің ойынша [66], ятрогениялар - бұл дәрігердің дұрыс емес, абайсызда айтқан пікірінен немесе дәрігердің науқасқа қатысты салғырт және жөнсіз тәртібінен туындаған аурулар. Мұндай анықтама осындай жағдайлардың аясын дәлелсіз тарылтады және бүгінде қолданыстағы классификациялық кестелерде жеке түрлердің бірі ретінде ақпараттық ятрогениялар деп әділеттікпен белгіленген [67,63].

Бірқатар авторлардың ойынша [124,68,69], аталмыш ұғым патологиялық өзгерістердің кең ауқымын: науқаспен қатынас немесе оған әсер ету салдарынан туындаған, сонымен қатар профилактикалық, диагностикалық және емдеу шаралары кезінде медициналық қызметкердің әрекетсіздігі нәтижесінде дамығанабайсыз және кейде шарасыз асқынуларды қамтуы тиіс.

Негізінде, ятрогенияларды наукастарды тексеру, емдеу, диагностикалық немесе профилактикалық процедураларды орындау барысында медициналық ықпалмен себепші болған аурулар, патологиялық үдерістер, жағдайлар, айрықша реакциялар ретінде белгілеген В.В. Некачаловтың [70] анықтамасы медициналық тәжірибеге сәйкес, анағұрлым дәлелді, нақты болып саналады.

Ф.А. Айзенштейн [71] сақтандыру медицинасы жағдайларында медициналық қызметті бағалауда жаңа беталыстарды көрсете келе, пайда болған медико-заңгерлік мәселелерге едәуір сәйкес анықтаманы ұсынады: ятрогениялар - «диагностикалық, емдеу, профилактикалық шараларды өткізумен байланысты адамның денсаулығына байқаусыз зиян келтіру».

Сонымен қатар ятрогенияның қолданыстағы анықтамаларынан мыналарды белгілеуге болады, яғни медициналық – профилактикалық, диагностикалық, емдеу әрекеттерімен байланысты пайда болатын кез келген патология [54]; диагностикалық, емдеу, профилактикалық шараларды өткізумен байланысты денсаулыққа зиян келтіру [72]; дәрігердің қате немесе сәйкессіз әрекеттерінен туындаған негізгі аурудың асқынуы [73]; бірқатар медициналық шаралармен байланысты және тікелей өлім себебі болып табылатын, өмірмен үйлеспейтін асқынулар («Методические рекомендации Минздрава СССР по правилам оформления медицинской документации патологоанатомического отделения, 1987).

Р.И. Шмурун [74] ятрогенияны медициналық әрекет патологиясы (МӨП) немесе әрекетсіздік (МӨӨП) ретінде анықтайды. Патомедергияның астарында (МӨП), негізінде, кез келген медициналық әрекеттің, атап айтқанда өліммен аяқталуға, ауыр асқынуларға, мүгедектікке немесе салдарсыз аяқталуға алып келетін кәсіби емес сипаттағы, ықтималды, белгілі және күтпеген салдарын түсінеді. Автордың ұсынған МӨП және МӨӨП классификациялық кестесі МӨП-ның соңын, оның ерекшелігін, түрлі факторлардың ролін анықтауға, түрлі медициналық мекемелер бойынша, талдау жүргізуге және мәліметтерді салыстыруға септігін тигізеді.

В.Д. Пристансковтың пікірінше [75], ятрогениялар - бұл медициналық жұмысшылардың жалпыға қауіпті құқыққа қарсы әрекеттер жүйесі. Автор РФ қолданыстағы ҚК денсаулық сақтау саласында қылмыс үшін жауапкершілік бөліміне толықтырулар енгізуді ұсынады.

В.В. Некачалов [63], ятрогенияны медициналық мәселелердің ішінде бірінші кезекте тұрған маңызды мәселе ретінде оларды «науқасқа зиян келтірумен» бірдей деп санамауды ұсынады, ол «ятрогенный патоморфоз» терминін ұсынады және ятрогенияны дәрігердің қате әрекеттері деп қана түсінуге құқық жоқ деп есептейді. Автордың ұсынған ятрогения рубрикациясы бүгінгі күні ең толыққандысы болып саналады және ятрогенияның үш категориясын қамтиды:

- ятрогенияның 1-ші категориясы – өліммен аяқталатын тікелей себеп болып табылатын сәйкессіз қате немесе дұрыс емес медициналық ықпалмен себепші болған аурулар, патологиялық үдерістер, айрықша өлім реакциялары;

- ятрогенияның 2-ші категориясы—негізді дәлел мен дұрыс орындалу бойынша өткізілген медициналық ықпалмен себепші болған аурулар, патологиялық үдерістер, реакциялар және асқынулар;

- ятрогенияның 3-ші категориясы—жағдайды жалпы танатологиялық бағалауда қандай-да бір маңызды рөл ойнамайтын немесе негізгі аурумен не оның асқынуымен патогенетикалық байланысы жоқаурулар, патологиялық үдерістер, реакциялар.

Аурулардың Халықаралық классификациясын (АХК-10) қайта қарау бойынша, БДҰ сарапшыларының конференциясының ұсыныстарына сәйкес(1993), ятрогениялар клиникалық және патологоанатомиялық диагноздың барлық рубрикаларына жатқызылуы мүмкін: «Егер өлім емдеудің қолайсыз әсері нәтижесінде болса, емдеу жүргізілген ауруды емес, дәл осы себепті белгілеу ұсынылады. Бұл дегеніміз - өлім ятрогениясы емдеу дұрыс немесе бұрыс, қате немесе нақты диагноз бойынша, жүргізілгеніне қарамастан басты ауру болып табылады».

Қолайсыз нәтижені нағыз тәуекел салдары ретінде қабылдай білу қажеттілігі, БДҰ сарапшыларының 1.01.1993 ж. күшіне енген, ятрогения ұғымына келіп қалуы мүмкін 10-қайта қараудың «Аурулар мен денсаулықпен байланысты мәселелерді Халықаралық статистикалық классификациялаудың» ХІХ және ХХ кластарының бөлімдерін, бөлімшелерін және рубрикаларын дайындау кезінде пайдаланған қағидалары мен терминологиялық әдістерінде көрініс табады. Бұл «зиян», «жазатайым оқиға» және «аномалды реакция» терминдерін, сондай-ақ терапевттік, хирургиялық немесе өзге де медициналық процедуралар нәтижесінде ауруға зиян келтірілді ме немесе келтірілмеді ме қағидасын пайдалану.

Ятрогенді ауруларға аталмыш әрекеттер қате немесе заңды болған-болмағанына қарамастан профилактикалық, диагностикалық, реанимациялық, емдеу немесе реабилитациялық мақсатта өткізілген медициналық шаралардың ықпалымен пайда болатын, барлық аурулар мен патологиялық үдерістер жатады [76,63]. Медициналық тәжірибедегі ятрогениялар әрдайым өзекті, тұрақты талдауды талап етеді, сонымен қатар, олар науқастың тірі кезінде 30%-ға білінбейді [77].

Е.С. Беликов [78] ятрогенді аурулардың астарында медициналық технологияның (диагностика, емдеу, профилактика, реабилитация т.б.) барлық элементтерін және науқастың емдеу-профилактикалық мекемеде болу жағдайларын қамтитын медициналық фактормен себепші болған кез- келген жаңа патологиялық үдерісті түсінеді, жәнеде ятрогения жетілген жаңа патологияның туындаған фактісі ретінде сақтандыру жағдайы болып табылады.

В.В. Федоров[59] бірлескен авторларымен бірге, әлеуметтік салдарға (өмір сапасының төмендеуі, мүгедектік, өлім) байланысты жаңа патологиялық жағдайға себепші болған кәсіби медициналық әрекет ережелерін абайсыз бұзуды ятрогенді құқық бұзушылық деп қарастырады.

Ятрогения, А.Д. Рамишвилидің ойынша [34] - бұл емдеу мекемесінің жұмысындағы медициналық жұмысшылардың біліктілігі мен мәдениетінің төмен деңгейін дәлелдейтін ақау.

А.П. Зильбер [36] науқаста ятрогенді патологияның пайда болуын әрдайым медициналық жұмысшының кінәсінің салдары деп санаудың және қылмыспен бірдей деп есептеудің қажеті жоқ дейді. Көптеген жағдайларда ятрогения медициналық жұмысшының кінәсінің салдары емес, өзінің теориялық жорамалы мен медициналық ұсыныстарында ятрогенді зақымды біле тұра болжайтын медицинаның дамымауы болып саналады. Автор медициналық жұмысшылардың қылмыстық жауапкершілігін жоққа шығаратын жағдайларды келесідей жүйелеп ұсынады: науқаста патология жиынтығы бар кезде медицинаның жетілмегендігі, аурудың бейқалыптығы, жеке ерекшеліктері немесе аурудың тым ауырлығы, науқас жағдайының ауырлығы мен патология сипатының емдеу мекемесінің мүмкіндіктеріне сәйкессіздігі, медициналық құралдармен, жабдықтармен жеткіліксіз қамтамасыз етілуі, жағдайлардың бейімделмеуі, дәрігердің айрықша ахуалы: шаршанқылық, аяқ астынан ауыру, науқастың және оның туыстарының қолайсыз нәтижеге себепші болатын дұрыс емес әрекеттері.

Осылайша, бір жағынан ятрогения – бұл қосымша патология, медициналық әрекеттерді орындау кезінде денсаулыққа зиян келтіру, екінші жағынан, кері салдары толық дәлелді қолданылған емдеу әдісінің өзінде немесе жойылатын патологияның ерекшелігіне қарай болмай қалмауы мүмкін емес [80].

Лобачеваның Г.В. [81] мәліметтері бойынша, экстракорпоральды қан айналымымен бірге кардиохирургиялық операцияларда, тіпті жақсы жасалған операция мен операциядан кейінгі ауыр емес кезеңмен болжанған дәл анестезияға қарамастан, түрлі операциялардан кейін 1000 аурудың ішінде 320 науқаста (32%) ашық жүректе ерте операциядан кейінгі кезеңде түрлі асқынулар байқалған, топта 14,4% өліммен аяқталған (46 науқас қайтыс болған). Ерте операциядан кейінгі асқынулар арасында 10% (100 оқиға) неврологиялық асқынуларды құрады: мидың интраоперациялық зақымдануы, диффузды энцефалопатия, инсульт, перифериялық нерв жүйесінің зақымдануы, абстиненттік синдром, қалдық миорелаксация синдромы.

Қазіргі таңда ятрогения туралы жүйеленген түсінік клинико-эксперттік жұмысты тиімді жүргізу, сақтандыру ұйымдарының медициналық іс-әрекетті ведомстводан тыс сараптау үшін, сот-медициналық сараптама үшін және медициналық қызметкерге қатысты қозғалған қылмыстық істер мен азаматтық арыздар бойынша, тергеу жүргізу үшін өте маңызды екеніне күмән жоқ.

Осылайша, ятрогенияның бірнеше аспектілерін бөлуге болады:

Біріншіден, бұл - медициналық аспектілер. Дәрігер денсаулығы болмай тұрған науқасты қабылдайды және оның денсаулығын жақсартуға тырысады. Оның күш салуының кері жағы түрлі деңгейде жүзеге асырылады, бірақ әрдайым денсаулыққа зиян келтіру ықтималдылығы қатар жүреді. «Көмектеспеуге болмайтын науқастар бар, бірақ зиян келтірмеуге болмай қоймайтын науқастар жоқ» [122]. Тәжірибелі клиницистер осындай

формулалармен бұрыннан медициналық араласудың әлеуетті тәуекелін назарға алып отырды.

Ең адал дәрігерлік ету жағдайларында зиян келтіру тәуекелі әрдайым болатындықтан, «ятрогения» ұғымына жайсыз аяқталудың барлық жағдайларын қосу мақсатқа сай келеді. Бірақ осы ретте олардың зиян келтірудің «кінәлі» және «кінәсіз» жағдайларының қатар жүру ақиқатын объективті түрде бейнелейтін медициналық-құқықтық классификациясын қалыптастыру қажет.

Ятрогенияның тек «криминалды» сипаты туралы түсініктерден арылу емдеу-профилактикалық мекемелерде (ЕПМ) «табиғи», сондай-ақ «кінәлі» тәуекелдерді де айқындау, талдау және ескерту бойынша, клинико-эксперттік жұмысты белсендендіруге мүмкіндік береді. Клиницистердің, прозекторлардың және юристердің асқынған ятрогенияларының мәнін дұрыс түсіну патологоанатомиялық және сот-медициналық диагноздар қойнауында ятрогенияларды жасыруға емес, мәселені ашық талдауға септігін тигізуі тиіс. Денсаулық сақтаудың басқарушылық, сонымен қатар атқарушылық деңгейінде ятрогенияларды ашық, тереңдетіп және жүйелі талдау ғана медицина мен медициналық қызметкерлердің құқық бұзушылықтарының жайсыз аяқталуының алдын алу негізі болып табылады [123].

Ятрогенді асқынуларды объективті клинико-анатомиялық бағалауға қол жеткізу дәрігер үшін де, науқас үшін де маңызды. Ятрогениялардың пайда болуында медициналық қызметкердің рөлінің артуы кәсіби белсенділікті әлсіретеді және медициналық стандарттардың қатаң аясында ғана әрекет етуге мәжбүрлейді. Ал дәрігер рөлінің мойындалмауы және барлық асқынуларды науқастың өз әрекет қабілеттілігіне жатқызу осындай қатенің қайталануына қауіп тудырады. Барлық ықтималды жайсыз аяқталулар туралы мәліметтердің белсенділікпен жинақталуы науқастың шешімді ақпараттық қабылдау құқығын қамтамасыз ету үшін қажет, бұл науқаспен бірге араласудың әлеуетті тәуекелін бөлісетін дәрігер үшін де маңызды. Дәрігерлердің көпшілігі ықтималды ятрогенді асқынулар туралы мәліметтер ақпаратты келісім алу мақсатында науқасты емдер алдында белгілі болуы тиіс деп ойлайды [24].

Зильбер А.П. [45] медицинаның жетілмеуі және асқынудың даму мүмкіндігі, кез келген медициналық әрекеттердің табиғи тәуекелімен таныстыру қажет науқастарға белгілі болуы тиіс, сол арқылы дәрігерлерді, науқастарды, медицинаны және юриспруденцияны алдын ала қажетсіз алда болатын тексерушіліктен құтылдыру қажет деп есептейді. Автор жайсыз нәтижелерді алдағы уақытта болдырмау себептеріне терең талдау жүргізу, сондай-ақ медициналық тәжірибеге науқастың қауіпсіздігін күшейтетін, медицинаның мүмкіндігін арттыратын және жұмыс нәтижелерін жақсартатын стандарттарды дайындау және енгізу қажет деп есептейді. Бұл мақсаттарға әртүрлі ятрогениялар туралы ақпараттық база құру да септігін тигізуі мүмкін, бұл уақыты келе оларды болжанған және болжанбаған деп бөлу мүмкіндігін береді.

Осыған байланысты Ерофеев С.В. [82] пен Ю.Д. Сергеев бірлескен авторларымен бірге [83] ұсынған комиссиялық күрделі сараптама

материалдары бойынша, бірыңғай мемлекеттік сот-медициналық қызмет пен денсаулық сақтау органдары жүйесі арқылы медициналық көмек көрсету кезінде, қолайсыз нәтижелер туралы акпаратты жинақтау, тіркеу және талдау әдістемесі пайдалы болып табылады. Сапаны алдағы уақытта бақылауды және дәрігер мен науқастың жауапкершілік шарасын бөлуді объективтендіру үшін болжанған зиянды салдарды сапа стандарттарында қарастыру медиктік-құқықтық тұрғыдан қажет болар еді.

Ятрогенияларды талдау мен бағалаудың екінші аспектісі заңгерлік болып табылады. Заңгерлік тәжірибе тұрғысынан Ю.Д. Сергеевтің [84] ұсынған ятрогениялар анықтамасы Ресей Федерациясының Қылмыстық [85] және Азаматтық Кодекстеріне, сондай-ақ «Азаматтардың денсаулығын сақтау туралы Ресей Федерациясының заң негіздеріне»(30 б., п. 11; 31 б.; 67 б.; 68 б.) енгізген «денсаулыққа зиян келтіру», «денсаулыққа зиян келтіру дәрежесін анықтау», «медициналық көмекті сәйкесінше көрсетпеу» құқықтық нормаларымен толық келісіледі. Ятрогениялардың медициналық-құқықтық классификациясын анықтауды, тереңдетіп зерттеуді және әзірлеуді үйлестіру қазіргі таңда науқастардың дәрігерлерге жасаған арыздары бойынша қалыптасып келе жатқан сот тәжірибесі кезінде де маңызды.

Біз И.С. Мельникованың [86] соттардың науқастардың арызы бойынша, азаматтық құқықбұзушылықтың «ықшамдалған» құрамын, яғни медициналық қызметкердің кінәсін дәлелсізқолдану бойынша алаңдаушылығын бөлісеміз.

Медициналық қызметкерге деген азаматтық арыз бойынша, сот тәжірибесінің ұлғаю ықтималы болғандықтан, Ю.Д. Сергеевтің [82] ұсынған ятрогениялар классификациясы үлкен қызығушылық тудырады.

Осылайша медициналық-құқықтық аспектіде ятрогенияларды жан-жақты зерттеу өзектілігі күмән тудырмайды. Сот медициналық қызметкерлері ятрогенияларды зерттеу мүмкіндігі мен материалын иелене отырып, денсаулық сақтау тәжірибесі мен ұйымына қатысты маңызды мәселелерді шешу негізін құруы мүмкін.

Халыққа сапалы медициналық көмек көрсету отандық денсаулық сақтаудың өзекті мәселелерінің бірі. Медициналық көмек көрсету сипатына бірқатар факторлар ықпал етеді, атап айтқанда дәрігерлік мамандықтар санының артуы, медициналық тәжірибеге ғылыми-техникалық прогрестің жетістіктерін ендіру, азаматтардың білім деңгейінің өсуі т.б. [87,4,6].

В.Ф. Чавпецов бірлескен авторларымен бірге [88], медициналық көмек сапасы –бұл кәсіпқойдың біліктілігімен қамсыздандырылған дәрігер мен науқастың өзара әрекет ету қасиеті, яғни медициналық технологияларды орындау, науқастың ауруының үдеу және жана патологиялық үдерістің пайда болу тәуекелін төмендету, медицина ресурстарын тиімді пайдалану және науқасты қанағаттандырудың объективті шарттарын және оның медициналық қосалқы жүйесімен өзара әрекетін қамтамасыз ету қабілеті деп есептейді.

Емдеу-диагностикалық үдеріс сапасы, бірлескен авторларымен бірге А.М. Баллоның ойынша [89], келесідей басты элементтерді қамтитын стандарт

бойынша бағаланады: науқас туралы сапалы ақпарат жинақтау, диагнозды дұрыс қою және дәлелдеу, сапалы орындалған емдеу шаралары.

БДҰ ұсыныстарына сәйкес, медициналық көмек сапасын арттыру бағдарламасын орындау кезінде, келесідей компоненттерді назарға алған жөн: дәрігердің біліктілігі, ресурстарды тиімді пайдалану, науқас үшін тәуекелге бару, науқастың медициналық қосалқы жүйемен қанағаттануы [131].

В.В. Томилин бірлескен авторларымен бірге [14], медициналық көмек көрсетудегі кемшіліктер –бұл медициналық қызметкерлердің дұрыс емес диагностикаға, науқасты емдеуге және қолайсыз нәтижеге алып келуге себепші өздерінің кәсіби міндеттерін тиісінше орындауы деп есептейді.

Объективті, сондай-ақ субъективті сипатқа ие болуы мүмкін медициналық көмек көрсету кемшіліктерінің себебі: медициналық жұмысшының жеткіліксіз біліктілігі, науқасқа салғырт қарау болып табылады. Науқасқа қарау кезінде сабақтастықтың бұзылуы, толық тексермеу, аурудың немесе жарақаттың мөлшерден ауытқуы, медициналық көмекке кеш жүгіну. Науқастың тексерудің немесе емдеудің белгіленген тәртібінің бұзылуы, емдеу үдерісін ұйымдастырудағы кемшіліктер мен медициналық көмек көрсетудегі объективті қиындықтар [12].

А.Р. Деньковский бірлескен авторларымен бірге [90], емдеу кемшіліктеріне қандай-да бір араласудың, дәрі-дәрмектің дұрыс емес, уақытылы белгіленбеуін, емдеу шамасын шамадан тыс арттырып жіберуді, бір дәріні екіншісімен алмастырып жіберуді, үйлеспейтін дәрілерді белгілеуді, оларды дұрыс енгізбеу тәсілін, басқа топтық немесе жарамсыз қанды құюды т.б. жатқызады.

В.Ф. Чавпецов бірлескен авторларымен бірге [91], әлемдік тәжірибеде медициналық көмектің сапасын бағалау үшін екі топқа: стандарттардың ауытқу дәрежесіне қарай және медициналық көмекті көрсету үдерісіне қарай бөлуге болады дейді. Егер бірінші топтағы медициналық көмектің сапасын бағалаудың әлсіз тұсы стандарт талаптарына нақты жағдайды қою болып табылса, онда екінші топ әдістерінің көпшілігінің жалпы кемшілігі сараптамалық талдаудың, сипаттаудың және дәрігерлік қателерді дәлелдеудің белгілі ережелерінің жоқтығы болып табылады.

Ойген Хаукенің [120] ойынша, медициналық көмек сапасын мақсатқа қол жеткізу дәрежесі ретінде қаралатын «орындағанды қалағанмен салыстырғанда қол жеткізілген»деп анықтауға болады. Қызметтер «олар тиімді, дәлме-дәл немесе үнемді болса, әрқашан сапалы» болып саналады, демек сапа төрт қайшы емес белгілердің түйісу нүктесі ретінде анықталады.

Медициналық көмек сапасын сараптау –бұл медициналық көмек көрсету жағдайын (жағдайларын) зерттеу, оның міндетіне дәрігерлік қателерді айқындау, олардың нақты және ықтималды салдарын сипаттау, олардың пайда болу себептерін белгілеу, дәлелді қорытындыны дайындау және дәрігерлік қатені алдын алу бойынша, ұсыныстар жасау мен олардың салдарын жою кіреді [92].

Осылайша түрлі деңгейдегі емдеу-профилактикалық мекемелерде ауыр бас-ми жаракаты бар зардап шегушілерге медициналық көмек сапасын талдауда, ақпарат жинақтаудың айтарлықтай басымдығы (56,2%) аңғарылғанын ескереді - В.В. Кривецкий бірлескен авторларымен бірге [93]. Диагнозды белгілеу кезінде- 15%, емдеуде - 20%, сабақтастықты қамтамасыз етуде 8,6% қате жіберілген.

В.Ф. Озеров бірлескен авторларымен бірге [94], Санкт-Петербург стационарларында құрсақ қуысы органдарының ауыр хирургиялық ауруларында өлімге ықпал ететін факторлар деп: ауруханаға кеш жатуды және шұғыл емдеудің кеш басталуын, негізгі және ілеспелі патологияның ауырлығын, дәрігерлік және диагностикалық қателерді жатқызады.

Н.И. Вишняков бірлескен авторларымен бірге [95] медициналық көмек сапасын бағалауда осы көрсеткішті талдаудың үш негізгі бағытын: эксперттік бағалауды пайдалану, медициналық қызмет тұтынушылары мен өндірушілерінің субъективті пікірін зерттеу, әрекеттің қолданыстағы жалпыға бірдей және оларға баламалы критерийлердің түрлі қағидаларын талдау деп бөліп қарауға болатынын айтады. Авторлар қолданыстағы тәсілдердің айырмашылықтары болса да, екі шүбәсіз негізгі ережені – бағалаудың нақты жүйесінің болмауы және сапаны қамтамасыз етуді, сонымен қатар заманауи кезеңде медициналық көмектің төмен сапасы ескертеді. Бірлескен авторларымен бірге И.Н. Денисов [96] ескергендей, қазіргі таңда, елімізде «медициналық көмек сапасы» ұғымының анықтамасы барынша кең тараған, ол алға қойған мақсатқа қол жеткізу және олардың кәсіби стандарттарын сақтау үшін таңдалған медициналық технологиялардың баламалық дәрежесін көрсететін ерекшелік болып табылады.

Ю.Д. Сергеев [97] сараптама тәжірибесінде «дәрігерлік қате» терминін пайдалану мақсатқа сай емес және дәлелденбеген деп санайды. Медициналық көмек көрсету сапасымен байланысты сараптамаларды жүргізу кезінде кемшілік терминін пайдалану мақсатқа сай.

Дәл сол ойды И.В. Тимофеевте [98] ұстанады, оның ойынша медициналық көмек сапасын бағалауды объективтендіру үшін сәйкестендірілген терминологияны пайдаланған жөн, себебі термин тұрақты бірмәнділікке ие болуы тиіс. Оның пікірінше, медициналық көмек көрсету кемшілігі термині барлық қойылған талаптарға барынша нақты жауап береді. Кемшіліктің астарында, әдетте медициналық қызметкердің ережелерді, нұсқауларды т.б. нормативтік құжаттарды бұзу болып табылатын, медициналық көмекті дұрыс көрсетпеуден аңғарылатын (науқастың денсаулығына зиян келтірудің тікелей пиғылы жоқ) қате әрекетін (әрекетсіздігін) түсінеді. Автор емдеу-диагностикалық шараларды өткізу кемшіліктеріне медициналық көмекті дәл көрсетпеу жағдайын ғана емес, эвакуациялау, диагностикалау, емдеу кемшіліктері мен қай уақытта болғанына қарамастан басқа да ақауларды жатқызады. Анықталған ақаудың әрбір нақты жағдайында ақаудың маңызы, оның себебі, нәтижеге ықпалы, сонымен қатар ақауға жол берген тұлға да белгіленуі тиіс.



И.В. Тимофеевтің бірлескен авторларымен бірге [99], 1986-1995 жж. аралығында Ресейдің ірі емдеу мекемелерінің клиникаларында түрлі аурулардан болған 2392 өліммен аяқталған жағдайға жүргізген клиникалық-анатомиялық талдауы көрсеткендей, 344 бақылауда (14,4% союдың жалпы санынан) нұсқау бойынша, орындалған медициналық әрекеттер аурудың барысын асқындырған 84 бақылауда (71,2% ақау санынан және 3,5% қайтыс болғандардың жалпы санынан), ақаудың пайда болуы өліммен аяқталуға ықпал еткен.

Г.Б. Ковальский бірлескен авторларымен бірге [100], өлім құрылымын, Санкт-Петербурдың стационарлары мен амбулаториялық-поликлиникалық мекемелерінде тірі кездегі диагностика сапасын талдай отырып, дұрыс емес диагностиканың қате тәсілге апарып соққан кездегі қателердің үлесі ең жоғары деп есептейді, бұл өліммен аяқталатын жағдайда шешуші рөл ойнайды, жарақат пен улануда(1,5%), ас қорыту органдары ауруларында (61,1%) және несеп-жыныс жүйесінде (0,8%) кездеседі.

А.П. Зильбердің ойынша [101], қолайсыз қорытындылар (өлім, мүгедектік, асқинулар) үш негізгі себептен болуы мүмкін, яғни, медициналық ғылым мен тәжірибенің заманауи дамуында патологияның қарсы тұруға болмайтындығы, медициналық жұмысшылардың науқастарды қараудың барлық кезеңдеріндегі дұрыс емес, жеткіліксіз және уақыты емес әрекеттері, кадрларды жеткіліксіз дайындау және жұмыс жағдайын дұрыс ұйымдастырмау.

Г.И. Заславский [102] медициналық көмектің барлық ақаулары екі топқа: госпиталға дейінгі және госпиталдық деп бөлінетінін айтады, екі топтың әрқайсысына ұйымдастыру, диагностикалау және емдеу ақаулары тән.

### **1.3 Денсаулық сақтау саласы дамуының, әр түрлі кезеңдегі медициналық көмек көрсету сапасын қамту мәселелерінің шешімі**

ҚР Денсаулық сақтау жүйесі медициналық қызметтердің сапасын басқару жүйесін құру үшін күрделі жол өтуде. Сапаны қамтамасыз етудің даму кезеңдерін жүйелі түрде қадағалауға және оны бағалауға талпыныс жасалды.

А.А.Ақанов және басқа да авторлар, ҚР Денсаулық сақтау саласының Тәуелсіздік алғаннан кейінгі дамуын шартты түрде келесі кезеңге бөлуді ұсынды:

1992-1996 ж.ж – посткеңестік Денсаулық сақтау саласы

1996-1998 ж.ж – бюджеттік-сақтандыру үлгісі

1999-2004 ж.ж – бағдарламалық-мақсатты бюджеттік үлгі, 2007 жылдан қазіргі уақытқа дейінгі аралық та кіреді.

Кеңестік Денсаулық сақтау жүйесі барлық құрылымдық және ұйымдастырушылық элементтерімен бірге, жалпы ресурстық тоқырауға ұшырады. Бұл тұрақты қайта құрылымдау, оңтайландыру және төлемеу жылдары еді. Сонымен қатар, Денсаулық сақтау саласының бюджетті-сақтандыру үлгісіне көшуі сапаның дамуына ықпал болды.

1996 ж. – ММС (міндетті медициналық сақтандыру) жүйесінің енгізілу және бюджетті ММС қорына облыстық деңгейде шоғырландыру жылы болып табылады. ММС фонды медициналық көмекте «белсенді, ақпаратпен толық қамтылған сатып алушы» ретінде рөл ойнады. Өнеркәсіптерде шынайы экономикалық түрлендірулер басталды.

1999-2000 ж.ж – медициналық ұйымдарды қаржыландырудың кең тараған «жана» әдістерін: КШТ(клинико-шығынды топтар), Тарификатор, ЖБН(жан басына норматив) енгізу және жобалау. Қаржыландырудың бұл түрлері нәтижеге қарай төлеу және Денсаулық сақтау жүйесінде бәсекелестіктің дамуына бағытталды.

1999 ж. – ММС қоры жойылды және оның орнына ЦММС пайда болды. Ол да жалпы МӘМС қорының саясатын жалғастырды және ары қарай қаржыландырудың жаңа әдістерін және қаржыландыру жүйесінің тиімділігін жоғарлатты.

2001 ж. – ЦММС жойылды, қаржыландыру Денсаулық сақтау басқармасына көшті, бюджетті аудан деңгейінде орталықсыздандыру жүрді. Бұл басқарудың жойылуына, медициналық көмекке қол жетімділіктің төмендеуіне және бәсекелестік ортаның болмауына әкелді (ауданнан тыс тұратын пациенттер көмек көрсететін жеткізушіні таңдай алмады).

2002 ж. – «Мемлекеттік сатып алу» заңы қабылданды және әрекеті МТМКК сферасында кең таралды. «Мемлекеттік сатып алу» заңнамасымен реттелетін конкурсты процедуралар жаңа қаржыландыру әдістерімен қарама-қайшы келді және басқару әрекеті теңестірілді.

2005 ж. – бюджеттің облыс деңгейінде жойылды, МТМКК «Мемлекеттік сатып алу» заңнамасының аясынан шықты, Облыстық Денсаулық сақтау Департаментінің базасында Бірінғай Төлем жүйесі құрылды. Осы аталған шаралардың барлығы, Денсаулық сақтау саласын қаржыландыруға және оның эффективтілігін жоғарылатуға оң әсерін тигізді.

Осылайша, қазіргі уақытта Денсаулық сақтау саласын қаржыландыру жүйесі, жеке параметрлер бойынша, жалпы Халықаралық критерийге сәйкес келеді. Ол параметрлер: қаржыландыру көзі (Мемлекеттік бюджет, ынтымақтастықтың максималды дәрежесін және мемлекеттік кепілдіктер жүйесіне азаматтардың тең дәрежеде қолжетімділігін қамтамасыз етеді), бюджеттің және басқару функциясының жойылу деңгейі (облыстық деңгей, жүйемен барынша тиімді басқару, бәсекелестік ортаны құру және жеткізушіні таңдаудың азаматтық құқықтарын жүзеге асыруға мүмкіндік береді), қаржыландыру әдістері (КШТ, тарификатор, жан басына шаққандағы норматив). Бұл аталған қаржыландыру әдістері, жеткізуші жұмысының тиімділігін жоғарлатуға және инфрақұрылымды қолдау емес, жұмыстың нәтижесіне бағытталуын ынталандырды.

Сонымен қатар, бірқатар күрделі проблемалар бар. Олардың шешімі нақты табылмаса күтілетін нәтижеге қол жеткізу және өнеркәсіпте кез келген қосымша салым тұрғындардың денсаулық көрсеткіштерінің және негізгі

медициналық-демографиялық көрсеткіштердің динамикалық жақсаруына әкелмейді. Бірінші кезекте, бұл:

- денсаулық сақтау саласына кететін шығындарды дұрыс жоспарлау және аймақтарға дұрыс бөлудің кемшілігі;

- өнеркәсіптегі мемлекеттік басқару деңгейінің арасындағы жауапкершілік пен өкілеттіліктің дұрыс және айқын бөлінуінің жеткіліксіздігі;

- администраторлардың өнеркәсіптегі ресурстарды тиімді басқару функциясын орындауда, бюджеттік программасының(Бірыңғай Төлем) жеткіліксіз дайындығы;

- өнеркәсіптің ерекшелігін және Бірыңғай Төлем функциясын тиімді орындауын ескермейтін «қатаң» бюджеттік заңнамалар;

- медициналық ұйымдардың шектен тыс административті реттеулеріне байланысты «төменнен жоғары бастамалардың» болмауы салдарынан жеткізушілердің автономдығының төмен деңгейі;

Осы зерттеулерге сәйкес аталған және басқа да проблемаларды олардың Денсаулық сақтау жүйесінің функцияларын ең тиімді шарттармен іске асыру мақсатымен, сондай-ақ, медициналық көмек сапасын жақсартуға бағытталған шешімдер шығаруға қадамдар жасалды.

Тиісінше, органдар мен медициналық ұйымдардың көзқарасы мен өзара іс-қимыл тетіктері және институционалдық құрылымы жоғарыда көрсетілген кезеңдерде өзгеріп отырды. Өкілеттілік, құқық және міндеттер, сонымен қатар, басымдықтар және бақылау жүргізу объектітері – бағыты, тексерілу(тексерілетін заттың) көлемі, маңызы мен тексеруші органдардың, пациенттер және басқа да мүдделі тараптардың бақыланатын субъекттер тұрғысынан процедураның аяқталуы өзгеріп отырды.

#### **1.4Өдебиеттерге шолу түйіндемесі**

Денсаулық сақтау саласында бюджетті-сақтандыру моделінің дамуы барысында, алғаш рет сапаны бағалауды ұйымдастырудың жүйелі қадамдары жасала бастады. Яғни, дәрігер-эксперттер пайда болды, көрсетілген медициналық көмек көлемін бағдарлау және көрсетілетін қызметтердің тізімін алу үшін сақтандырылған тұлға құқығын қорғау мәселесі қаралды.

Денсаулық сақтау саласында сапаны басқару жүйесінің дамуы кезеңінде келесі қиындықтар туындады:

- жеке және үкіметтік емес желілерде сапа бақылауының нормативті-құқықтық базаның жеткіліксіздігі;

- ресурстарды жоғалту;

- денсаулық сақтау қызметтеріне тең құқықты қолжетімділіктің бірыңғай болмауы және тұтынушылар күткен көмекке сәйкес келмеуі;

- сапа бақылауын қадағалайтын шаралардың аяқталмауы;

- медициналық қызмет көрсету стандарттарының жеткіліксіздігі;

- өнеркәсіптегі сапаны басқарудың ұлттық бірыңғай саясатының болмауы;

- ішкі және сыртқы бақылау арасындағы өзара байланыстың болмауы;

- тәуелсіз сараптау институтының болмауы;

Заңнамалық база әлсіз болды, көптеген процедураға қажетті талаптар мен нормативті құқық құжаттары (ереже, бұйрық, нұсқау) деңгейінде жауапкершілік дәрежесі. Үкіметтің міндеттелген медициналық көмек көлемін бекіту қаулысы, медициналық көмектің көлемі мен сапасы өз дәрежесінде қамтамасыз етеді деп қарастырылды.

Медициналық қызметкерлердің жауапкершілігі «Денсаулық сақтау жүйесінде», «Административті құқық бұзушылық» кодексінің тек үш бабында ғана тағайындалған, бірақ бұл сапа бақылауына қатысты сұрақтарға дұрыс жауап бере алмады.

Сапаны басқарудың институциялық құрылымы және соған сәйкес комитет құрылды, алғашқы тәуелсіз эксперттердің қоғамдық бірлестіктері пайда болды, жаңа талаптарға жауап ретінде аурухана ішілік сапа бақылауының дамуы, профессионалды белгілер бойынша, медицина қызметкерлерінің қоғамдық бірлестіктері белсенді түрде дами бастады.

Бұл орайда, диссертациялық жұмыстың мақсаты ретінде, негізгі құқықтық процестерге байланысты дамитын, қауіп факторларының зерттелушілердің өмір сүру сапасына қаншалықты әсер ететіндігі, олардың арасындағы байланыс және аурулардың кездесу жиілігіне тәуелділігін анықтау болып саналады.

## 2.ЗЕРТТЕУ ЖҰМЫСЫНЫҢ МАТЕРИАЛДАРЫ МЕН ӘДІСТЕМЕЛЕРІ

### 2.1 Зерттеу жұмысының жалпы сипаттамасы

Зерттеу нысандары болып, ҚР Әділет Министірлігінің сот – медициналық сараптамасының ОҚО филиалы, Сот сараптама институты, «Сот – медициналық сараптамасы орталығында» 2012 мен 2017 жылдары аралығында орын алған азаматтық және қылмыстық істер бойынша тіркелген, 188 сарапшы қорытындылары.

Экспертизаның жасалуына себеп болған, ОҚО мемлекеттік және жекеменшік емдеу – профилактикалық мекемелерде қызмет көрсету барысында кеткен қателіктер нәтижесінде емделушілер мен олардың туыскандарының арыздары.

Процес барысында анализденді:

- 22 сарапшы қорытындысы (мәйітті зерттеу) және 54 сот – медициналық сарапшыларының мәйітті зерттеу актілері (ф.ф.170/у мен 171/у); 12 эксперт қорытындысы мен сот – медициналық куәгерлендіру актілері (ф.ф.172/у мен 173/у); 47 сот – гистологиялық актілері (ф.176/у); 36 сот – химиялық актілері (ф.177/у).

- 514 әртүрлі ЕПМ документациялары, яғни, 134 стационарлық науқастың медициналық карталары (ф.003/у), 137 амбулаторлық науқастың медициналық карталары (ф.025/у), 10 жүктілікті тоқтату жайындағы медициналық карталар ( ф.003-1/у ), 36 босану тарихы (ф.096/у), 33 индивидуальды жүкті әйел мен босанушы әйелдің картасы (ф.111/у), 36 жаңа туған нәрестенің дамуы жайындағы карта (ф.097/у), 31 бала медициналық картасы (ф.026/у), 31 баланың даму тарихы (ф.112/у), 21 жедел жәрдем шақыру картасы (ф.110/у), 13 патологоанатомиялық мәйітті зерттеу картасы (ф.013/у), 11 стоматологиялық науқас картасы (ф.043/у), 7 профилактикалық вакцинация картасы (ф.063у), 14 ауру тарихынан үзінді, жұмысқа қабілетсізділік, клиникалық лаборатория анализдері, инструментальды диагностикалау мен емдеу манипуляциялары;

- 15 клиникалық және поликлинико-анатомиялық конференция протоколдары, летальды жағдайды зерттеу комиссиясы анықтаған, 14 ЕПМ клиничко – сарапшыларының қорытындылары, 37 мемлекеттік және муниципальды денсаулық ұйымдары мүшелері зерттеу актілері;

- Қоғамдық және сақтандыру организациялары документацияларынан ақпараттар: қоғамдаға медициналық қызмет бағалау орталығы сарапшыларының қорытындысы, тұтынушылар құқығын қорғау орталығының ойлары, пациент құқығын қорғау ұйымдары, елге ақылы медициналық көмек көрсету жайындағы келісім шарттар;

- іс қозғауға себеп болған арыздар, хаттар, өтініштер, арыздар, претензиялар; қылмыстық істі бастауға немесе тоқтатуға қабылданған қарарлар; экспертиза жасауға жолдамалар; экспертиза жасауға жолдамалардың себептері; медициналық қызметкерлер жайында характеристикалар,

қудіктенген және жазаға тартылып отырған медициналық қызметкерлер, жәбірленушілер немесе заңды өкілдерінен, куәгерлерден, сарапшылардан жауап алу барысындағы протоколдар; болған оқиға жерінен алынған протоколдар, кассационды шағымдар, прокурор протесттері, прокурорлардың ұсыныстары, жауап беруші мен адвокаттар мәлімдемелері.

Материалдарды анализдеу, ҚР ДСМ нормативті құжаттарын, медициналық қызмет ұйымдастыру мен оны жүзеге асыру бойынша, хаттамалар, инструкциялар, ҚР ДСМ бұйрықтары мен ЕПМ медико-экономикалық стандарттар, бір уақытта зерттеу арқылы жүргізілді.

Жұмыс жасау барысында комиссиянды сот – медицина сараптама материалдарын анализдеуге болатын жүйеленген карта жасалынды. Ол 280 пункттік анализденетін параметрден тұрады, яғни, ұйымдастыру барысына, диагностикаға, емге, документацияға мен ақпараттық – деонтологиялыққа кері әсерін тигізетін, объективті және субъективті факторларды есепке ала отырып жасалынды.

Карта сот – медицина комиссиясы сараптамасы жасалынған кезде карта толтырылып отырылды. Материал енгізу барысында алғашқы документальды ақпарат көздерінен маңызды болып саналатын ақпараттарды көшіру тәсілі қолданылды.

## **2.2 Зерттеу жұмысының статистикалық әдістемелері**

Зерттеу жұмысына MS Excel (2011 for IOS) және SPSS Statistics 17.0 статистикалық бағдарламалық пакеттері қолданылды. Статистикалық көрсеткіштерді анықтау үшін Стьюденттің Т-критеріі және бірфакторлы дисперсионды анализ қолданылды. Статистикалық мәнділік интервалы ретінде – 95% ( $p=0,05$ ) алынды, ал бірфакторлы дисперсионды анализде, әр көрсеткіш бойынша, жұптық салыстырудың қосынды санын ( $n=3$ )  $p=0,05$ -ке бөлу арқылы ( $0,05/3 \approx 0,02$ ), статистикалық мәнділіктің жаңа интервалы есептелініп алынды, яғни  $p=0,02$ .

Ақпаратты өңдеу мен қорытындылауға көмекші құрал ретінде графикалық тәсіл, диаграмма мен кесте құрастыру, қолданылды.

### 3. ЖЕКЕ ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

#### 3.1 Акушерлік-гинекологиялық көмек көрсету сапасының сараптамасы

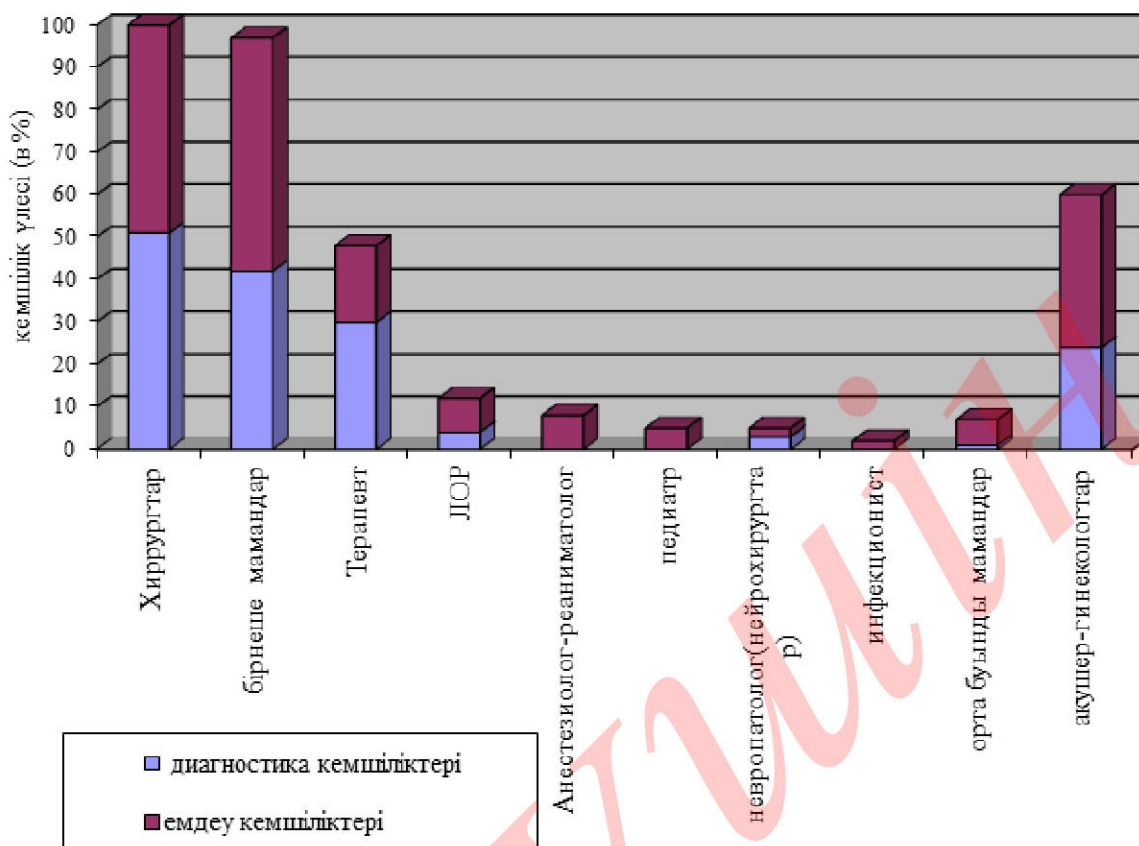
Амбулаторлы-емханалық сатыдан айырмашылығы, стационарлы емдеу барысында емдеу ақаулары басым болды және аздаған үлесі диагностикалық қателіктер болды (1-кесте).

Кесте 1.-Әр түрлі мамандықтағы дәрігерлердің стационарындағы медициналық көмек ақауларының құрылымы

Мамандар	Диагностика дефектілері		Емдеу дефектісі		Барлы ғы	Процентке шаққанда %
	Абс.	%	Абс.	%		
Хирургтар	51	32,9	49	25,9	100	29,1
Бірнеше мамандар	42	27,2	55	29,1	97	28,2
Акушер - гинекологтар	24	15,6	36	19,1	60	17,4
Терапевтер	30	19,4	18	9,5	48	13,9
ЛОР	4	2,4	8	4,2	12	3,4
Анестезиолог- реаниматологтар	-	-	8	4,2	8	2,2
Педиатрлар	2	1,1	5	2,6	5	1,8
Невропатолог(нейрохи- рургтар)	3	1,9	2	1,1	5	1,6
Инфекционист	-	-	2	1,1	2	0,6
Орта буынды мамандар	1	0,6	6	3,2	7	2,0
Қорытынды	155	100,0	189	100,0	344	100,0

Төменде келтірілген (1-сурет) мәліметтер, стационарда медициналық көмекті көрсетуде ақаулар анықталған дәрігерлердің жалпы үлесінде хирургтар, акушер-гинекологтар, терапевтер басымырақ екендігін көрсетті; науқастарды бірнеше дәрігерлер емдеген кездерде де, ақаулардың үлесі басым болды.

Хирургтар практикасында және науқастарды бірнеше мамандар емдеу барысындағы диагностика мен емдеу ақаулары шамамен бірдей жиілікте кездескен. Сол уақытта анестезиолог-реаниматологтарда, педиатрларда және инфекционисттерде емдеу ақаулары ғана белгіленген.



1-сурет. Әр түрлі мамандықтағы дәрігерлердің ақауларының жалпы құрылымындағы диагностика мен емдеудің ақауларының үлесі

Ауруларды диагностикалаудағы ақаулардың себептері (2-кесте) көбінесе мыналар болды: диагнозды кешіктіріп қою (37,4%), жүргізілген тексеріс көлемінің жеткіліксіздігі (32,9%), аурулардың жағдайларының ауырлығын дұрыс бағаламау (19,4%), басқа мамандықтардағы дәрігерлермен кеңесті уақытында жүргізбеу (10,3%). Кешіктірілген диагностика жағдайлардың шамамен тең жартысы хирургтерде, акушер-гинекологтарда белгіленген.

Жүргізілген тексерістер көлемінің жетіспеушілігінің ең жоғары көрсеткіштері невропатологтарда, отоларингологтарда, терапевттерде және науқасты бірнеше мамандықтағы дәрігерлер жүргізгенде кездескен. Басқа мамандықтағы дәрігерлермен уақытында кеңеспеу терапевттер мен хирургтарда, ал науқас жағдайының ауырлығын дұрыс бағаламау акушер-гинекологтарда жиі кездескен.

Диагностика ақауларының құрылымындағы әр түрлі мамандықтардағы ақаулардың үлесі туралы мәлімет 2-суретте келтірілген.

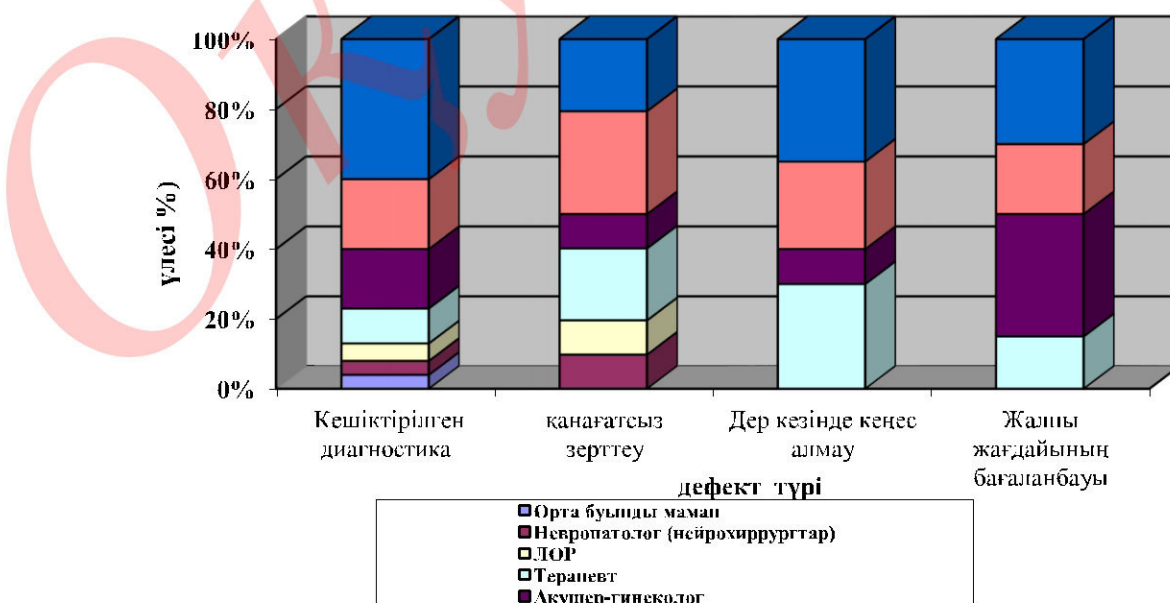
Емдеудің стационарлы сатысында диагностикалық ақауларды жіберген мамандарды орналастырумен қатар, осы мәліметтерді салыстырған кезде, диагностика ақауларының жеке түрлерінің құрылымында әр түрлі мамандардың үлесі диагностикалық ақаулардың жиынтығында мамандық бойынша, дәрігерлерді орналастырудан айтарлықтай ерекшеленбейді ( $p > 0,05$ ).



Кесте 2. -Стационардағы әр түрлі мамандардың диагностикалау ақаулары себептерінің құрылымы

Мамандық	Диагностикалық дефектінің себептері				Қорытынды	Кемшіліктің құрылымдағы үлесі
	Кешіктірілген диагностика	Толық зерттемеу	Уақтылы кеңес бермеу	Жағдайының дәрежесін елемеу		
Хирург	24	12	6	9	51	32,9
Бірнеше мамандар	12	18	4	8	42	27,1
Акушер-гинеколог	10	5	4	7	26	15,7
Терапевт	8	12	4	6	30	19,3
ЛОР	2	2	1	-	5	2,8
Невропатолог(нейрохирург-тар)	1	2	-	-	3	1,9
Орта буынды	1	-	-	-	1	0,6
Қорытынд	58	51	19	30	158	100,0

2-сурет. Стационарлы сатыдағы диагностика ақауларының құрылымындағы әр түрлі мамандықтағы дәрігерлердің үлесі



Емдеу ақауларының ішінде ерекше кемшіліктер байқалды (2- кесте): әр төртінші жағдайда анықталған кешіктірілген емдеу (23,5%), науқастардың жағдайларын бақылау мен қараудың жетіспеушілігі (17,5%), терапия көлемінің жеткіліксіздігі (15,9%), оперативті жәрдем ақаулары (14,8%), емдеу әдісін дұрыс таңдамау (11,6%), анестезиологиялық және жандандыру жәрдем ақаулары (11,1%), негізсіз аударулар және науқастарды ерте шығару (5,8%).

Осы ақаулардың құрылымы әр түрлі мамандарда ерекшеленген. Солайша, кешіктірілген емдеудің үлкен пайызы инфекционисттер мен педиаторларда; емдеу әдісін дұрыс таңдамау – педиаторларда, препаратты енгізу әдісін бұзу – орташа медициналық қызметкерлерде; емдеу көлемінің жеткіліксіздігі – терапевттер мен инфекционисттерде; оперативті көмек ақаулары – отоларингологтар мен хирургтарда; анестезиологтар мен реанимация ақаулары науқасты бірнеше мамандар жүргізгенде; науқас жағдайын жеткіліксіз бақылау– анестезиолог-реаниматологтар және невропатологтарда (нейрохирургтар); негізсіз шығару (аудару)–невропатологтар мен педиаторларда кездескен.

Стационардағы емдеу ақауларының құрылымындағы әр түрлі мамандықтағы дәрігерлердің үлесі 2-суретте келтірілген. Стационарда емдеу ақауларына жол берген дәрігерлерді үлестіргендегі барлық жиынтықпен осы мәліметтерді салыстыру – олардың арасында сенімді айырмашылық жоқ екендігін көрсетеді ( $p > 0,05$ ).

Осылайша, емдеудің стационарлы сатысында жіберілген ақауларды талдау стационар алды сатыға қарағанда емдеу ақаулары және диагностикалық ақаулар азған үлеске ие болғандығын көрсетті. Медициналық көмек көрсетуде ақаулар анықталған дәрігерлердің жалпы санында хирургтер, акушер-гинекологтар, терапевттер басым болған; сонымен қатар, науқастарды бірнеше мамандар емдегенде де үлес көп болды. Анестезиологтар-реаниматологтар, педиаторлар, инфекционисттер үшін емдеуде ғана ақаулар бар.

Ауруларды диагностикалаудағы ақаулардың себептері диагнозды кешіктіріп қою мен жүргізілген тексеріс көлемінің жетіспеушілігі басымырақ болған. Ақаудың екі түрінің де құрылымы әр мамандарда ерекшеленген, бірақ жалпы алғанда стационарда ақау жіберген дәрігерлердің барлық жиынтығы бойынша үлестіргенге сәйкес келді.

### **3.2 Медициналық көмекті жүктілерге, жаңа босанғандарға және балаларға көрсету барысындағы ақаулардың сипаттамасы**

Біз медициналық көмектің үлестері талданған жылдарда орта есеппен 24,8% құрай отырып, 13,2-ден 55,0%-ға дейін ауытқыған жүктілерге, жаңа туғандарға және балаларға аса назар аудардық. Осы топтың құрылымында емдеуде 28 (51,9%) және диагностикада 26 (48,1%) жағдайда ақаулар белгіленген. Ақаулардың жартысынан астамы 29 (53,7%) жағдайда

гинекологтармен; 11 (20.4%) – педиаторлармен; 5 ( 9,3%) – терапевттермен жіберілген; аздаған үлес тіс дәрігерлеріне –2 (3,7%), 1 (1,8%-дан) жағдайдан отоларингологтар мен дәстүрлі емес медицина қызметкерлеріне келеді. Дигностикалық қателіктер педиатрларда, хирургтар мен терапевттерде басымырақ болған (3-сурет).

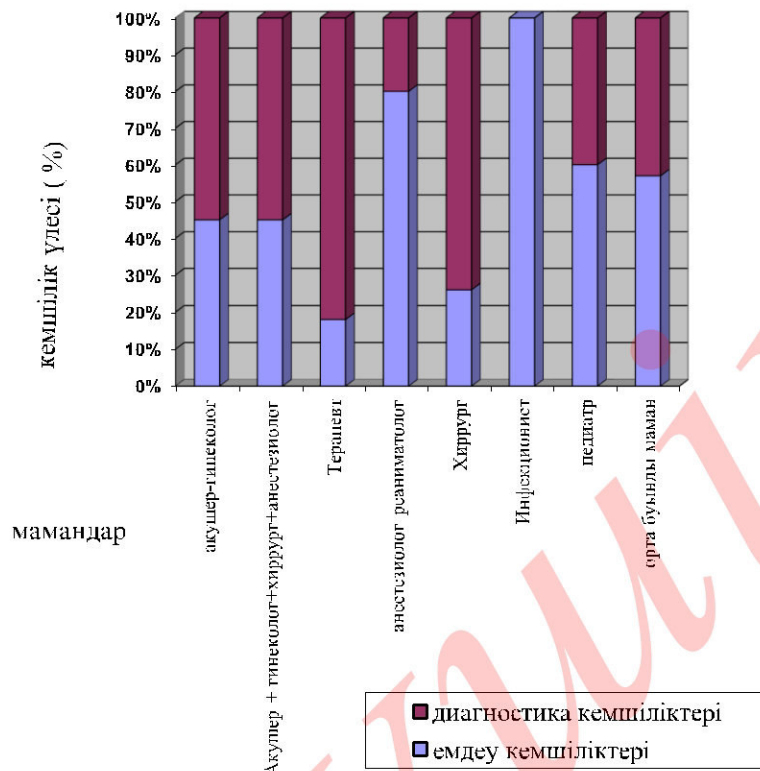
Диагностика ақауларының тексеру көлемінің жеткіліксіздігін (ақаулардың жалпы санының 22,2% немесе диагностика ақауларының 46,2%); кешіктірілген диагностика немесе диагноз қойылмаған ауруды (сәйкесінше 16,7% және 34,6%) ерекшелесе болады. Олардың аз үлесі наукас жағдайының ауырлығын жеткілікті бағаламау мен басқа мамандармен уақытында кеңеспеу (3,7% и 1,1%) жағдайлары құрайды.

Емдеудің негізгі ақауы (31,5% жалпы құрылымда және 60,7% емдеу ақауларының құрылымында) ауруханаға кешіктіріп жатқызу болып табылады. Емдеу көлемінің жеткіліксіздігі (7,4% және 14,3%), емдеу әдісінің дұрыс таңдалмағандығы және дұрыс жүргізілген емдеудің асқынуы (5,6 %-дан), емдеудің кешігуі (1,9 %) сияқты ақаулардың үлестік салмағы айтарлықтай аз болды.

Диагноздарды кешіктіріп қою ( $p>0,05$ ) акушер-гинекологтарда, педиатрларда, хирургтар мен терапевттерде аздап белгіленген. Жеткіліксіз тексерудің ең жоғарғы үлесі (40,0%) хирургтарда, кенестің уақытында жүргізілмеуі – терапевттерде бақыланған. Үлестік салмағы бірдей кешіктірілген ауруханаға жатқызу секілді ақау акушер-гинекологтар мен хирургтарда болған, терапевттер мен педиаторларда бұл көрсеткіш екі есе аз. Емдеудің кешіктірілуі тек педиаторларда ғана ездескен. Көмек көлемінің жеткіліксіздігі тіс дәрігерлерінде, ал емдеу әдісінің дұрыс таңдалмауы – тіс дәрігерлері мен дәстүрлі емес медицина қызметкерлерінде ең көп кездескен. Отоларингологтарда жалғыз ақау – жүргізілген емдеудің асқынуы ғана болған, ал бұл ақау акушер-гинекологтарда да кездескен.

Стационарда жүктілерді, жаңа туғандарды және балаларды жүргізген кездегі ақауларды талдау барысында (3-кесте) емдеуді бірнеше мамандар жүргізген кездегі жағдайлар (33,1%) айтарлықтай үлес алғандығы назар аудартады. Ақаулардың жартысы дерлік (42,5%) акушер-гтнекологтарға келген, басқа мамандықтағы дәрігерлердің үлестік салмағы аз.

Емдеу ақаулары диагностика ақауларынан басым болды, алайда, бұл барлық мамандарға тән емес (3-сурет). Ослайша, инфекционисттерде тек қана емдеу ақаулары болса, ол анестезиолог-реаниматологтарда, педиаторларда, орташа медициналық қызметкерлерде, сонымен қатар науқасты бірнеше маман жүргізгенде кездескен, ал терапевттер, хирургтар, акушер-гинекологтарда диагностикалық қателіктер тән болған.



3-сурет. Жүктілерді, жаңа туғандарды және нәрестелерді стационарлы сатыда әр түрлі мамандар жүргізгендегі медициналық көмек ақауларының құрылымы

Емдеу ақауларының құрылымында анестезиологиялық көмек көрсету мен реанимация кезінде ақаулар басым болған. Әрі қарай емдеу көлемінің жеткіліксіздігі, оның әдісін дұрыс таңдамау, оперативті көмектің ақаулары, науқастардың жағдайларын бақылаудың жеткіліксіздігі, уақытынан ерте (негізсіз) ауыстыру немесе науқастарды стационардан шығару жүрген.

Науқастың өлімімен тікелей байланыста болатын медициналық көмек көрсету ақауының мысалы ретінде, келесі мысалды келтірсе болады. 36 жастағы К. науқасқа жоспарлы түрде бедеулік себебінен ота жасалынған. Отадан кейінгі кезеңде (2-ші күні) оның жағдайы күрт нашарлады, динамикалық бітелу күдігі туындады – өт құсу, 1 минута 90 рет соғуға дейінгі тахикардия (дененің қалыпты температурасында), іштің жоғарғы бөліктерінің ісінуі. Құрсақ қуысының шолурентгенографиясы, қанның клиникалық және биохимиялық талдаулары жүргізілмеді. Хирургтың кеңесі кешіктіріліп жүргізілді. Содан кейін науқас перзентхананың гинекологиялық бөлімшесінен арнайы хирургиялық стационарға ауыстырылды, онда ота уақытында (бірінші отадан кейін 4-ші күні) астына қоятын пленка табылып, алынып тасталынды. Осының салдарынан науқаста оны интоксикация мен өлімге алып келген өткір ішектік бітелу мен сірлі-фибриндік іш пердесінің қабынуы дамыған.

Осылайша, құрсақ қуысында бөгде затты қалдыру мен өлімінің арасында тікелей себептік байланыс бар. Тергеушіге сараптама комиссиясының берген жауабы келелсідей: сірлі-фибриндік іш пердесінің қабынуы дамуымен өткір ішектік бітелу деген дұрыс диагноз уақытында қойылмағандықтан әйелге ауруханада оперативті емдеу кешіктіріліп жүргізілді, ол оның ауруының ағысының ауырлығын нашарлатты. Ауруханада ота тіршілік көрсеткіштері бойынша (шұғыл) жасалынды.

Перзентхананың бас дәрігері бекіткен қызметтік нұсқауларға сәйкес ота кезінде дайындалатын және қолданылатын материалдар мен құрал-жабдықтарды, сонымен қатар ота аяқталғаннан кейін де санауға ота медбикесі жауап береді, ал оны ота жасаған дәрігер-хирург бақылайды.

Орнаған хирургиялық тәжірибеге сәйкес хирургтың ота барысында қолданылған материалды бақылауы қуыстық оталардың бірі болып табылады. Осыған сәйкес регламенттейтін құжаттар жоқ.

Ота кезінде құрсақ қуысында бөгде затты (жайма) қалдыру мен ота салдарынан дамыған өткір ішектік бітелу мен перитониттің нәтижесінде туындаған ішкі ағзалардың ауыр өзгерістері өлімге алып келуде негізгі рөл атқарды.

Қайта ота жасалғанда өліммен аяқталу қаупі әрқашан болады. Тіпті, ауруханада дер кезінде жасалынған ота да өлімге алып келу мүмкіндігін жоймайды.

Берілген жағдайда өлімге алып келген қиындықтардың дамуына негізгі себеп атқарған перзентханада ота барысында құрсақ қуысында жайманы қалдырып кету болып табылады. Алайда, бұрын ауырған сыртқы жыныс ағзаларының созылмалы ісіп қызару процестері, ұзаққа созылған бедеулік пен осының салдарынан жасалынған отаның, сонымен қатар, отаның ұзақтығы мен зақымдылығы салдарынан болған құрсақ қуысы жабысуының кеңдігі, соның ішінде өлімге алып келетін (өткір ішектік бітелу және отадан кейінгі іш пердесінің қабынуы) осы секілді отадан кейінгі асқынулардың дамуын жоққа шығармайды. Бөгде затты (жайманы) құрсақ қуысында қалдыруға ота медбикесі және оны бақылайтын ота жасайтын хирург жауап береді. Әр түрлі мамандардағы медициналық көмек көрсету ақауларының арасындағы болған ерекшеліктерді қарастыра отырып келесіні атап өтсе болады. Диагнозы кеш қойылған жағдайлардың үлесі акушер-гинекологтар мен терапевттерде көп болған. Тексеріс көлемінің жеткіліксіздігі тек акушерлер мен науқастарды бірнеше мамандар жүргізгенде белгіленген.

Мамандардың дер кезінде кеңеспеуі мен жағдайының ауырлығын дұрыс бағаламау салыстырмалы түрде үлкен үлестік салмақпен терапевттердің арасында белгіленген, соңғы жағдай максималды үлеспен хирургтардың арасында белгіленген. Кешіктіріп емдеу жағдайлардың көбісінде де хирургтардың арасында орын алған. Неонатологтар мен орта буынды медицина мамандардың арасында емдеу әдісін дұрыс таңдамау; неонатологтар мен инфекционисттерде емдеу іс шаралары көлемінің жеткіліксіздігі ең үлкен үлес алған. Оперативті көмек ақаулары тек акушер-гинекологтар мен жүкті

әйелдерді бірнеше мамандар жүргізгенде белгіленген. Соған сәйкес, анестезиологиялық көмек пен жандандыру іс шаралардың ақаулары анестезиолог-реаниматологтарға басымырақ тән. Науқастардың жағдайын жеткілікті бақыламау жағдайлардың ең үлкен пайызында инфекционисттерде анықталған. Негізсіз ауыстырулар мен босанған әйелдерді ерте шығару акушер-гинекологтар және бірнеше мамандар жүргізгенде орын алған.

Осылайша, жүктілерге, жаңа туғандарға және балаларға стационар алды сатыда медициналық көмек көрсету ақауларын зерттеу барысында емдеудегі және диагностикадағы ақаулар бірдей жиілікте, сәйкесінше шамамен 51,9% және 48,1% жағдайларда белгіленген. Ақаулардың жартысынан астамы акушер-гинекологтармен жіберілген. Диагностикалық қателіктер педиаторларда, хирургтар мен терапевттерде басымырақ болған. Емдеудің негізгі ақауы ауруханаға кеш жатқызу болып табылған. Стационарлы сатыда емдеу ақаулары диагностика ақауларынан біршамаға басымырақ болған, алайда, терапевттер, хирургтар, акушер-гинекологтар үшін диагностика ақаулары тән болған. Олардың арасында негізгілері онымен байланысты емес диагнозды кеш қою, емдеудің басталуын кешіктіру және жүкті әйел жағдайының ауырлығын дұрыс бағаламау болып табылған. Емдеу ақауларының құрылымында анестезиологиялық көмек пен реанимация ақаулары басым болған. Әр түрлі мамандықтағы дәрігерлерде де медициналық көмекті көрсету ақауларының себептері де әр түрлі болған.

Медициналық көмектің сапасын сараптау (МКСС) мәні әсіресе міндетті медициналық сақтандыруға ауысумен заманауи сатыда өсіп келеді.

Облыстық мекемелердің мамандарымен жүргізілетін сараптамаларға тоқталған жөн. Олар арнайы көшпелі кешенді тексеріс кезінде де, жүктіліктің ауыр асқынуы, перинаталдық, ана және бала өлімі секілді кезде таңдамалы тексеріс кезінде де жүргізіледі. Нақты бөлімшені сараптау барысында жауап беру керек арнайы сұрақтардың тізімдемесі, әр блок бойынша бағалардың төмендеу шкаласы жасалынған: диагностикалық процесс; диагноз; емдеу. Соңғы бағалау бірлік үлестермен рәсімделеді.

Алайда, талдау барысында сарапшының пікіріне байланысты жүйелік қате болуының да мүмкіндігін ескеру керек. Келесі акушерлік-гинекологиялық қызметтің тиімділігін бағалау әрекеті – жылдық есептеме беру барысында соңғы нәтижелер үлгісін (СНУ) жасау.

Үлгі екі негізгі бөліктен тұрады: нәтижелілік көрсеткіштері мен ақаулар көрсеткіші. Эмпирикалық түрде мыналар анықталады:

- Облыстың қалалары мен аудандары үшін әр түрлі болатын көрсеткіштің нақты нормативі (ереже бойынша, ереже бойына, орташа шама сатысында алдыңғы бір-үш жылда);

- Нормативті бағалау.

Осыдан алғанда қадам есептеліп, белгі анықталады (тікелей немесе кері тәуелділік). Бағалаудың берілген түрі ең объективті болып табылады, алайда, қандай да бір көрсеткішті қосатын (алып тастайтын) жүйелік қателіктің мүмкіндігі қалады.

Осы екі сызба бойынша жүргізілген акушерлік-гинекологиялық қызметтің сараптық бағалау талдаулары жүргізілген.

Акушерлік-гинекологиялық қызметтің жағдайы, «ақауға күдіктену картасы» туралы анықтамаларды сараптық бағалау талдауын тереңдетіп жүргізгенде барлық ақаудың 58% көмек көрсету стандарттарын ұстанбаумен (оның 57%-і бақылау; 21% - диагностика, 12% - емдеу және 10%-ы сатылылықты ұстандау ақаулары); 11% - дұрыс тасымалдамау; 8% - босану алды госпитализацияның бұзылуы.

Соның өзінде кейбіреуінің жиіліктері көрінетін төмендеу үрдісіне ие, мысалы - «Ілеспе талонның» енгізумен түсіндірілетін тасымалдау ережелерінің бұзылуы.

Жасалынған сызба стационарлардың босандыру бөлімшелерінің қызметін талдау және бақылауға арналған. Ол перинатальді уақытта балалардың ауруы мен өлімінің себептерін талдауға, келесі мәліметтерді алуға мүмкіндік береді:

- нәрестелердің туылған жері бойынша;
- туылған балаларды акушерлік стационардан шығарған сәтінде ауыруы бойынша;
- уақытында және ерте туылған нәрестелердің денсаулық жағдайлары бойынша;
- нәрестелерді дене салмағы бойынша орналастыру бойынша;
- ананың денсаулық жағдайына, жүктілік пен босану асқынуларға байланысты жүктіліктің нәтижесі бойынша.

Жасалынған көмек көрсету сапасын талдау жүйесі қызметтің жұмысындағы қандай да бір негативті үдерістерге оперативті әсер етуге мүмкіндік береді, бірақ субъективтіліктен ерекшеленбеген.

Осының бәрі акушерлік-гинекологиялық қызметті басқаруды барлық қолданылатын медициналық-ұйымдастыру технологиялардың көп түрлілігімен бірге жаңа сатыға көтеруге, облыстың кез-келген аймағында олардың әрқайсысын қолдану тиімділігін бағалауға және оларды енгізуге немесе жаңаларын енгізуге мүмкіндік береді. Жүйелік кешенді қолдану бірінші кезекте денсаулық сақтау ұйымдастырушысының жұмыс уақытын үнемдеуге мүмкіндік береді, өйткені бір уақытта медициналық көмекті көрсету сапасының талдамасын жүргізуге, жоспарлауға, статистикалық мәліметтерді алуға мүмкіндік береді.

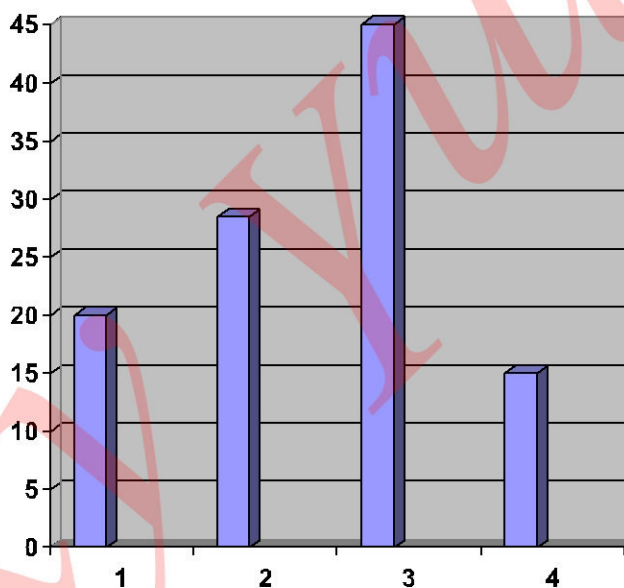
### **3.3 Медициналық көмек көрсетудегі ақаулар мен аурудың нәтижесі арасындағы себеп-салдарлық қатынас**

Сот-медициналық сараптаманы жүргізу кезінде, медициналық көмектің ақауларының болуы және сипаты анықталды, бірақ олардың аурудың нәтижесіне әсерін тигізді.

Науқастың денсаулығы мен өміріне қолайсыз нәтиже медицина қызметкерінің дұрыс емес әрекетімен (немесе әрекетсіздігімен) ғана емес, сондай-ақ аурудың немесе жаракаттардың ауырлық дәрежесі, олардың бағытының ерекшеліктері,

ағзадағы қайтымсыз өзгерістердің арқасында декомпенсация және т.б. сияқты объективті жағдайлардан туындауы мүмкін екендігі белгілі. Біз талдаған жағдайларда, ақаулардың бар екендігінің де, олардың нәтижелеріне салыстырғандағы жылдардағы нәтижелерге де әсер ету көрсеткіштері айтарлықтай өзгерді (6-кесте, ). Атап айтқанда, анықталған ақаулардың үлесі 2012 және 2017 жылдардағы ең жоғары көрсеткіш екенін атап өтуге болады. Қолайсыз нәтижелердің дамуына тікелей әкелген кемшіліктердің үлес салмағы 17,9% -ды құрады және 2012 және 2017 жылдары ең үлкен болды. (барлық жағдайлардың үштен бірі құрастырылған және тіпті асып кеткен). Қолайсыз нәтижелерді дамытуға ықпал еткен ақаулар үлесі орта есеппен 43,5% -ды құрады және 2012 және 2017 жылдары ең жоғары көрсеткіш болды. Мұндай ақаулардың арасында аурудың уақытылы немесе дұрыс емес диагнозы анықталды, бұл дұрыс емделмеуіне әкелді.

Ең жоғары үлес анықталған ақаулар аурудың нәтижесіне әсер еткен жок, 2012 және 2013 жылдары орташа алғанда мұндай ақаулар 25,8% құрады.



4-сурет. Медициналық көмек ақауларының нәтижесі бойынша бағалау нәтижелері: 1 - қолайсыз нәтижеге әкелген, 2 - әсер етпеген, 3 – әсереткен, 4 – кемшіліктер анықталмаған (%)

Жалпы алғанда, қаралған істердің көпшілігі (72,9%) тікелей тікелей жетекшілік ететін науқастарға медициналық көмек көрсетуде кемшіліктер анықталғанын атап өтуге болады; немесе қолайсыз нәтижеге (науқастың өлімі, «денсаулық жағдайының уақытша немесе тұрақты бұзылуы») себеп болған.



Аурудың нәтижесіне әсер ету арқылы медициналық көмек көрсетудегі кемшіліктерді бөлу (%)

Жылдар	Бар кемшіліктер				Қорытынды
	Қолайсыз нәтижеге үлес қосқан	Қолайсыз нәтижеге әкелген	Нәтижеге әсер етпегені	Кемшіліктер анықталмаған	
2012	19	16,7	-	64,3	100,0
2013	28,3	18,5	9,2	44,0	100,0
2014	43,5	17,2	14,0	25,3	100,0
2015	34,4	10,3	10,3	45,0	100,0
2016	28,6	-	42,8	28,6	100,0
2017	20,0	30,0	3,4	46,6	100,0
Орташа	35,3	18,7	21,4	11,2	100,0

Кесте 4.- Медициналық көмек көрсетудегі ақаулар болған кезде және олардың нәтижеге кері әсер етуін ажырату.

Мамандықтар	Өлімге алып келгені	Өлім туындауына алып келгені	Денсаулықтың нашарлауына алып келгені	Тұрақты денсаулықтың нашарлауына алып келгені	Нашарлау нәтижелері	Нәтижеге әсер еткені	Кемшіліктер анықталмады	Нәтиже денсаулыққа әсер етпеді	Барлығы
Хирург	13	27	7	6	53	5	16	21	74
Акушер-гинеколог	10	19	9	4	42	3	9	12	54
Терапевт	5	21	3	-	29	5	11	16	45

Мамандар жиынтығы	6	14	-	-	20	-	4	4	24
Жедел жәрдем	3	9	3	-	15	3	4	7	22
Анестезиолог	7	5	-	-	12	-	-	0	12
Орта буынды қызметкерлер	3	2	-	2	7	1	-	1	8
Стоматолог	4	1	2	-	7	2	2	4	11
Педиатр	3	7	3	-	13	7	15	22	35
ЛОР	2	-	-	2	4	-	-	0	4
Психиатр-нарколог	1	-	1	-	2	-	3	3	5
Невропатолог	2	1	-	-	3	-	1	1	4
Халықтық медицина	-	-	2	-	2	-	-	0	2
Инфекционист	1	2	-	2	5	-	2	2	7
Нәтиже	56	108	30	16	214	26	67	92	307

Барлық жағдайларда ақаулар орташа медициналық көмек көрсетуде пациенттердің денсаулығына ықпал етті немесе нашарлады.

Орта буынды медицина өкілдері, педиатрлар, отоларингологтар, невропатологтар, дәстүрлі емес медицина өкілдері көрсеткен медициналық көмектің әсерінен болған дефекттер барлық жағдайда, наукастардың денсаулығының нашарлауына алып келеді. Аса ауыр зардаптар дәрігер-анестезиологтарда (өлімге әкелетін) байқалды. Бірлескен мамандарда маңызды көрсеткіш (95,0%), ал жіберілген кемшіліктер 70,0%, қалған 25,0% өлімге алып келген. Көлемі жағынан бұл көрсеткіштен кейін акушер-гинекологтар (дефектілер 40,0% жағдайды құрайды, ал 22,3% өлімге әкеледі) тұр. Сондай-ақ стоматологтарда бұл көрсеткіш (75,0%) құрайды, ал 50,0% жағдайда анықталған дефектілер өлімге алып келген. Жедел жәрдем дәрігерлерінің көрсеткен медициналық көмектің 72,7% жағдайда ақаулықтарға әкелген: денсаулықтың нашарлауына (9,1%) және өлімге (63,6%) әкелген. Ары қарай хирургтар (65,5%), терапевттер (58,8%), олардың арасында айтарлықтай процентте (55,9%) жағдайда, жіберілген ақаулықтың нәтижесі өлімге әкеледі; психиатр-наркологтар (50,0%). Осылайша, айтарлықтай қауіпті болып келетін ақауларға анестезиологтар, стоматологтар, орта буын медицина өкілдері жіберетін қателіктер тән.

Қорытындысына әсер етпейтін дефектілер терапевттерде (11,8% жағдайда), акушер-гинекологтарда (6,7%), хирургтерде (2,6%) кездеседі. Инфекционисттерде кемшіліктер анықталмаған.

Поликлиника мен стационарда медициналық көмек көрсетілген науқастар, нәтижеге әсер ететін әртүрлі емдік-профилактикалық мекемелердің арасында кемшіліктер үлесі максимальды жағдайда(73,8%) құрайды(9-кесте). Ақаулардың ең аз үлесі поликлиниканың(75,8%), стационардың(69,9%), жеке медициналық мекемелердің (60%) медициналық қызметкерлеріне тән. Өлім нәтижесіне әкелетін ақаулардың пайызы, максимальды 40% жағдайда жеке мекеменің дәрігерлерінің үлесіне тән.

Кесте 5.-Әртүрлі кезеңде көрсетілген медициналық көмек ақауларының нәтижесі

ЕПМ түрлері	Өлімге алып келгендері	Өлім туындалуы на әсер еткендер	Денсаулық жағдайының уақытша нашарлауына әкелетіндер	Денсаулық жағдайының тұрақты бұзылысына әкелгендер	Нәтижесіне әсер етпегендер
Стационарлар	28	47	5	9	6
Поликлиникалар	3	19	2	4	3
Стационар поликлиника	12	28	1	2	2
Жеке меншік мекемелер	5	0	0	1	1
Қорытынды	48	94	8	16	12

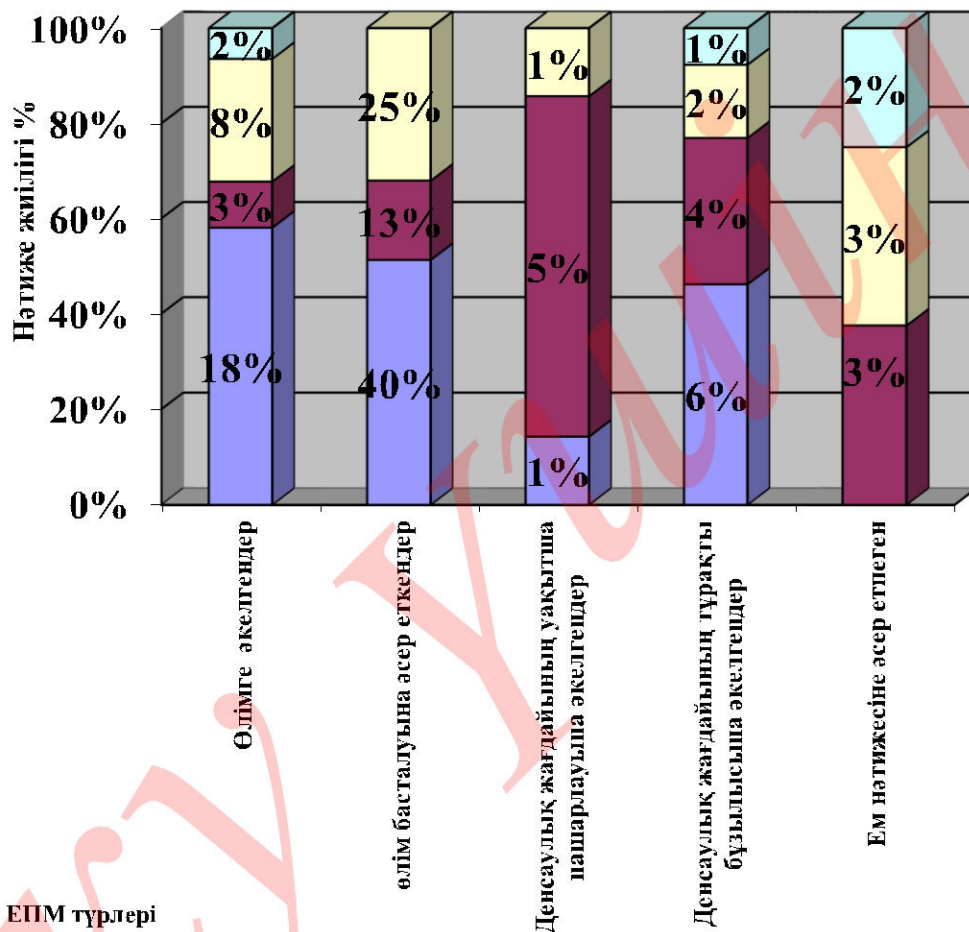
Жүкті әйелдер, туған әйелдер және балаларды жүргізу барысында, ақаулардың басым үлесі поликлиника, жеке мекемелерде, сондай-ақ поликлиника мен стационарда бірлесіп емдеу кезінде анықталған. Өлімге әкелетін ақаулардың үлесі жеке мекемелерде пайызы жоғары.

Әртүрлі мамандықтағы дәрігерлер арасында барлық жағдайда, жағымсыз нәтижеге әкелетін немесе себеп болатын ақаулар болған. Тек қана дәрігер-инфекционисттер ғана бұл тізімге кірмейді. Бұдан төмен көрсеткіш тек акушер-гинекологтарда болған: 16,0% дефектер болмаған және 8,0% -де аурудың нәтижесіне әсер етпейтін дефекттер анықталды.

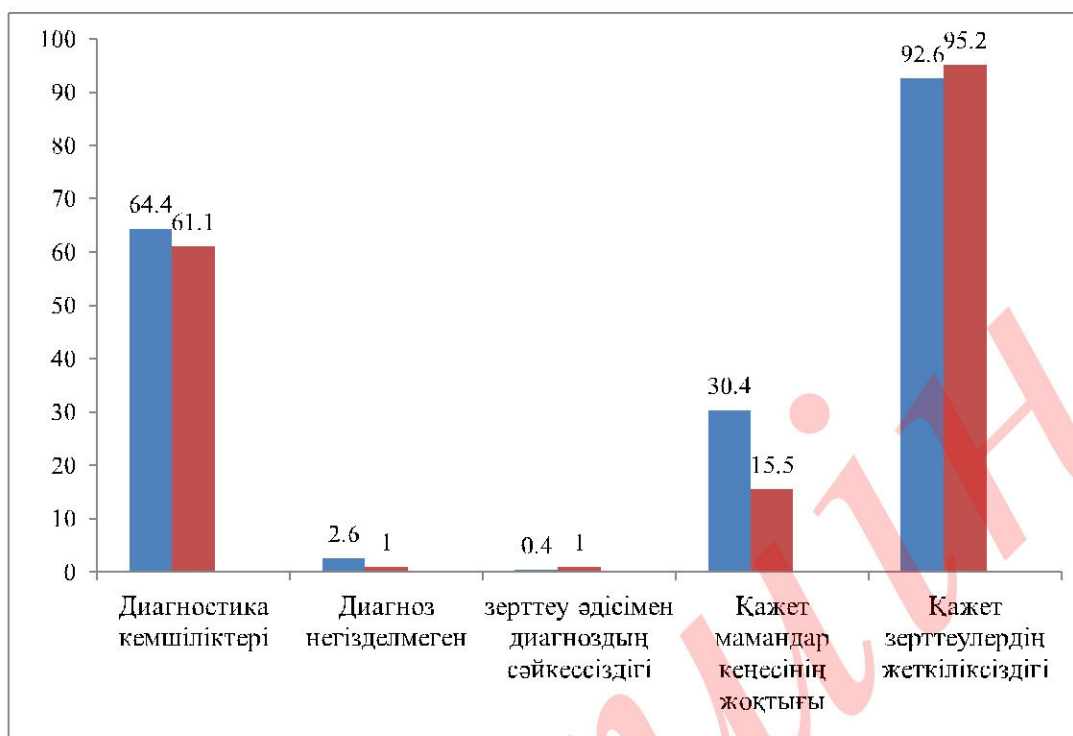
Осы контингенттегі науқастарда өлім нәтижесіне әкелетін негізгі кемшіліктер мыналар:

- интубация мен ӨЖЖ дұрыс жүргізбеу;
- дәрілерді дұрыс енгізбеу;
- гемолизденген қан құю;

- лидокаинмен жергілікті анестезия жүргізгенде, токсико-анафилактикалық шоктың дамуы;
- операциялық көмекті дұрыс көрсетпеу;
- бұғана асты катетеризациясын жүргізудің асқынуы;



5-сурет. Өртүрлі этаптағы медициналық көмектің дефекттерінің нәтижесінің структурасы



6-сурет. 2012-2017 жылдар арасындағы диагностика құрылымы кемшілігі мен санының көрсеткіші

Гемотрансфузияны дұрыс жүргізбеген жағдайда өлімге әкелетінін иллюстрация түрінде көрсетеміз.

Босану үйіне тууға рұқсат алу үшін 25 жасар әйел түсті.

Диагноз: «Босану I жедел, таза жамбаспен келіп тұр, құйымшақтың травмалық деформациясы есебінен кіші жамбасқа шығатын тура өлшемнің II-III дәрежелі тарылуы». Науқасқа Кесарь тілігі операциясы жасалған, сол кезде жарамдылық мерзімі қысқартылған қан құйылған, ол кезде ешқандай ескерту болмаған. Әйелдің жағдайы нашарлаған, бұл ішкі қан кетумен байланысты. Жатырдың қынапүстілік ампутациясы жасалған. 4 сағаттан соң әйел қайтыс болған. Емнің дұрыс жүргізілгендігін шешу мақсатында, комиссиялық сот-медициналықэкспертизасы тағайындалды.

Диагноз: «Босану шұғыл таза жамбаспен келуде, тарылу 2-3 дәрежелі, травматикалық құйымшақ дефектінің деформациясы әсерінен». ПациенткеКесарь тілік операциясы орындалған, оның барысында қан құйылған, қанның сақтау мерзімі жарамсыз болған.

Әйелдің жағдайы нашарлады, бұл ішкі қанмен байланысты. Жатырдың қынап үсті ампутациясы орындалды.4 сағаттан кейін әйел қайтыс болды. Емдеудің дұрыстығы туралы мәселені шешу үшін сот-сараптама комиссиясына тапсырылды.

Комиссияға келесі сұрақтар қойылды:

1. Қайтыс болудың себебі неде?

2. Қайтыс болғандарға байланысты дәрігерлердің іс-әрекеттеріндегі бұзушылықтар қандай? Дәрігердің әрекеті мен жәбірленушінің өлімі арасындағы тікелей себеп-салдарлық байланыс бар ма?

3. Жоғары буын ампутациясы операциясын жүргізу қажеттілігі бар ма, және бұл операция науқастың мәртебесінде қалай көрінді? .

4. Екінші операция үшін диагнозды және көрсеткіштерді нақтылау үшін қандай қосымша зерттеулер жүргізу керек?

5. Гематологиялық топ уақытқа шықты ма?

Сарапшылар сараптаманың барысында келесі қорытындыларға келді: Ананың өлімі - бұл бүйрек жеткіліксіздігінің және гемолиздік шоктың күрделенуі болатын, ішек-қан тамырлары коагуляциясының синдромымен байланысты, ол гемолизді эритроцит массасының мерзімі сақтау мерзімінен (26 күн) өтіп кеткені дәлел болған.

Жедел бүйрек жетіспеушілігі клиникалық деректермен расталады: операциядан кейінгі алғашқы сағаттан кейін зәрдің мөлшерін айтарлықтай төмендетеді, кейіннен оның окшаулануын тоқтату, тұрақсыз көрсеткіштер, қан қысымы.

Бұған морфологиялық деректер (гемоглобинуриялық нефроздың белгілері) көрсетілген.

Клиникалық түрде, қанның шашыранды ұю синдромының болуы төменде көрсетілген: математикалық төмендету агенттерін (мамафазин, дицинон) және тұрақсыз қан қысымын және импульстік жылдамдығын қолдануға қарамастан, кисарий секциясынан кейін жыныстық тракттан қан кетуді жоғарылату.

Морфологиялық деректер (гистологиялық зерттеу барысында табылған, перитонедағы бірнеше рет қан кету, жатырдың қабырғасы, ішек қабығы, ішек қабырғасы, екінші операцияда табылған, тамырдағы қанның гемолизі және барлық органдарда көптеген фокальды қан кету), сондай-ақ, қан тамырларының таралуының синдромы коагуляция (ТШҚҰ).

Өткізілген сақтау кезеңі (26 күн, гемолиз) массасының құйылуы үшін бұл эритроциттер массасын тікелей трансфузиялайтын дәрігердің жауапкершілігі болады. Эритроциттік массаның ұзақ мерзімді өткізуіне байланысты гемолитикалық шоктың дамуы қайтыс болудың басталуымен тікелей байланысты болады.

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі N 193-IV Кодексінің 139-б. 1-тармағына сәйкес «Қан құю техникасы жөніндегі нұсқаулыққа», сонымен қатар қан құюға жауапты, «қан құю және оның құрамдас бөліктерін ұйымдастыру бойынша әдістемелік ұсынымдар» (2015ж) сәйкес, қанның құйылған ортасының сапасын бағалау, реттелетін үлгілерді жүргізу, трансфузияның жұмысын жүзеге асыру - анықталған адам болып табылады. Қайталамалы операция - жатырдың қынап үсті ампутациясы - бұл кезеңде көрінбеді, өйткені ішкі аурудың нашарлауы байқалды себебі, ішкі қан кету дамыған.

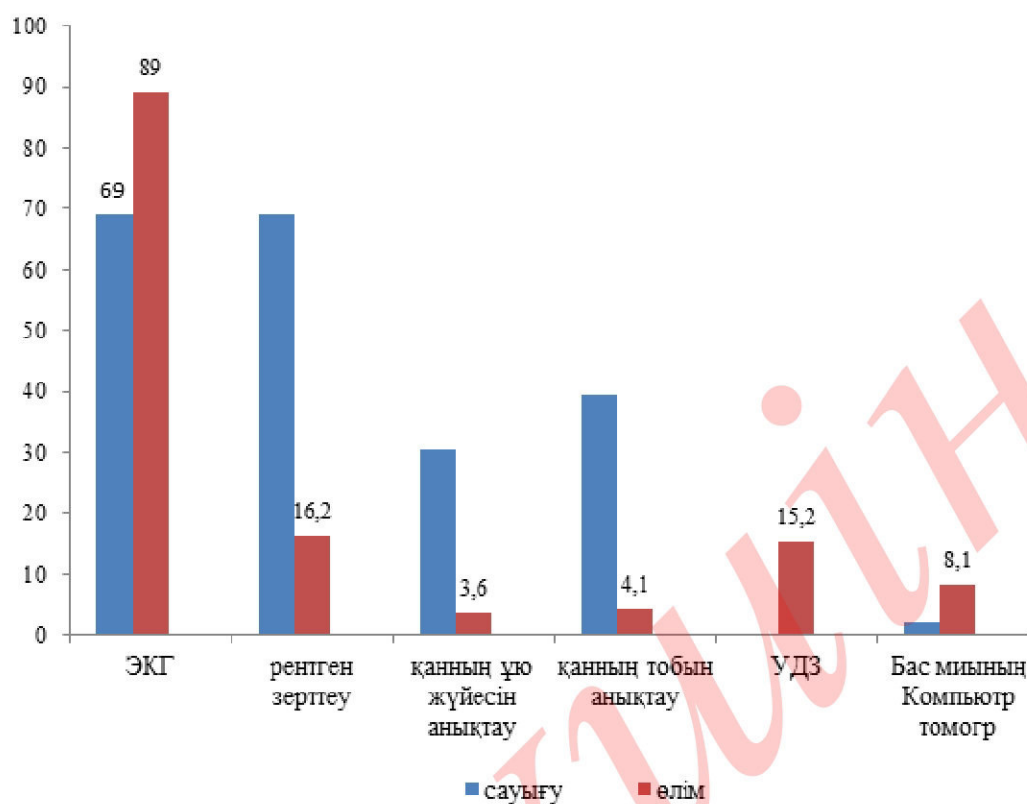
Қайталау операциясының көрсеткіштерін түсіндіру үшін лапароцентезді қолдану ұсынылады. Науқастың терминалдық күйінде жүргізілген жатырдың

ампутациясы өмірлік маңызды органдардың функциясының бұзылуын күшейтеді. Екінші операциядан бұрын өмірлік маңызды органдардағы өзгерістердің қайтымсыздығымен дәрежесі туралы қажетті зертханалық деректер болмағандықтан саналы шешім қабылданбайды. Гематологиялық бригада шақыру кешіктірілді және өткір бүйрек жетіспеушілігінің алғашқы белгілері (олигурия, қан қысымының және импульстік жылдамдығының тұрақсыздығы), яғни операциядан шамамен төрт сағат өткеннен кейін орындалуы керек.

Эритроцитарлы масса құю мен өлім-аяқталу мерзімі (колданыстағы нұсқаулықты бұзу) арасындағы тікелей себеп-салдарлық байланыстың белгіленуі сот тәртібінің бұзылғандығын немқұрайлылықпен бағалауға мүмкіндік берді (ҚР 2016 жылғы 9 сәуірдегі № 501-V). Өлімнің басталуына және денсаулықтың бұзылуына себеп болатын ақаулар: кеш диагноз, емдеудің көлемі мен құрамына қатысты еместігі, пациенттерді кеш мерзімге жатқызу, реанимация бөлімшесінен ерте ауысуы және науқастардың қадағалауы мен қадағалауының жеткіліксіздігі, медициналық көмек көрсетудің кешіктірілуіне әкеледі. Әдетте жүктілік пен босанудың күрделі жүктілігіне (жүктіліктің кейінгі токсикозына, плацентаның мерзімінен бұрын кетуі және т.б.), жүктілік пен жұқпалы аурулардың (ARI, аппендицит, менингоэнцефалит) араласуы бойынша аталған ақауларға жол берілді.

Тұрақты денсаулығының бұзылуына, негізінен, операциялық пайдасының кемшіліктері органдардың зақымдалуына әкелді: жатырдың, тікішектің, несепнәрдің (аборт жасауда), орташа құлақтың дыбыстық өткізгіш жүйесін емдеуде зақымдалуы.

Осылайша жасалынған талдау науқас және оның туыстары жағынан болған бұл наразылықтардың орынды екенін көрсетті, себебі көрсетілген медициналық көмектің барлық этаптарында қателіктердің орын алғандығы анықталды. Стационарға дейінгі этапта диагностикада, стационарда - емдеуде дефектілер пайда болды.

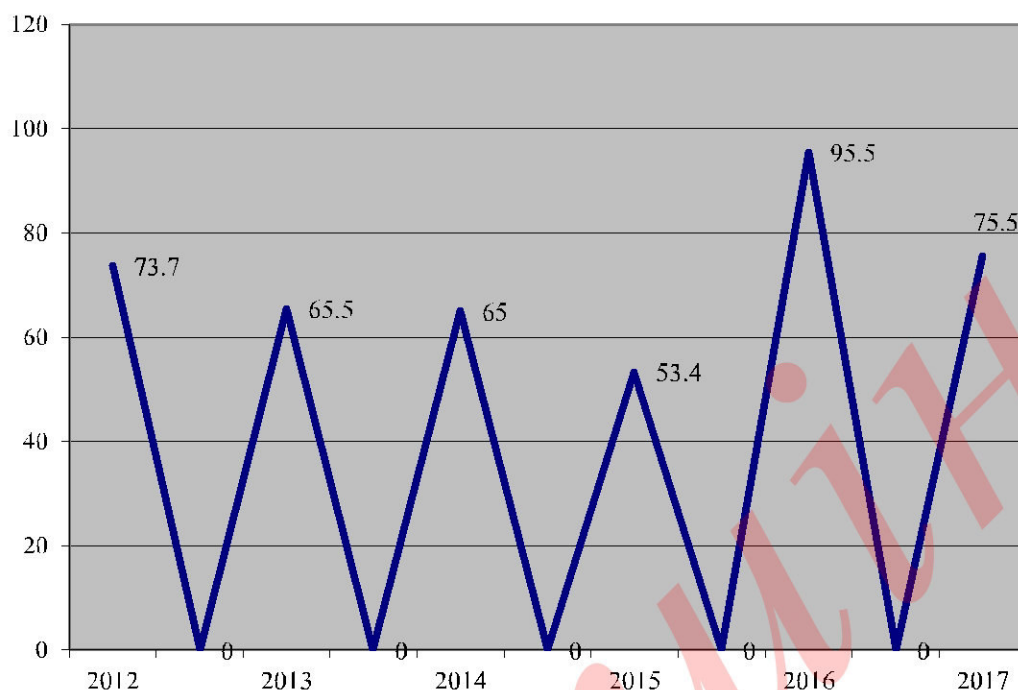


7-сурет. Диагностика кемшілігі бойынша жүргізілмеген зерттеулер көрсеткіші

Кесте 6.- Медициналық көмек дефекттерінің сараптама нәтижесінің динамикасы

Жыл	Анықталмаған медициналық көмек дефекті	Анықталған медициналық көмек дефекті
2012	37,0	63,0
2013	35,0	65,0
2014	28,6	71,4
2015	46,6	53,4
2016	6,9	93,1
2017	4,5	95,5





8-сурет. Жылдар бойынша сараптама комиссиясының медициналық көмек дефекттерін анықтаулары

Келтірілген мәліметтер медицина қызметкерлерінің кінәлі болуына негізделетіні куәландырады. Комиссия медициналық көмек дефектілерді орнатпаған, өз кезегінде өзіне назар аударатын факт болып табылады, бұл барлық әңгімелердің бәрі әдептілік пен деонтология принциптеріне негізделген медицина қызметкерлерінің бұзылуына әкелді.

Шағым себептері: дөрекі қарым қатынас, назар аудармау, арудың себепін науқасқа түсіндірмеу, теріс мәлімдеме немесе емдеуді жүргізген әріптестеріне қатысты науқастың немесе туыстарының қатысуымен дәрігер берген ем.

2010-2012 жылдар аралығында медициналық көмекке шағымданған түрлі мамандардың арасында, хирургтер (31,1%), терапевттер (19,2%) басым.

Төменде пациенттерге (11,2%), жедел жәрдем дәрігерлеріне (6,2%), басқа мамандарға шамалы ғана емес (12-кесте) көмек көрсететін бірнеше дәрігерге қатысты шағымдар жасалған.

2012-2014 жж. аралығында емделудің жартысынан астамы дәрігер-терапевтердің медициналық көмек көрсетудегі кемшіліктеріне байланысты (52,2%), хирургтердің үлесі 15,1% -ға, акушер-гинекологтарға 11,6% дейін болған. Пациенттердің тіс дәрігерлеріне және педиатрларға деген шағымдарының өсу қарқынына назар аударылады және бірнеше дәрігерлерге бір мезгілде шағымдар жасалған кездегі жағдайлардың үлесінің азаюы. Мәселен, тұтастай алғанда, қарау кезеңінде терапевттер (42,5%), хирургтар (19,8%) және акушер-гинекологтар (13) арасында медициналық көмекке қатысты ақаулардың басым көпшілігі (75,5%) орын алды, 2%). Сараптама комиссиясының соңғы жылдары медициналық көмек көрсетудегі кемшіліктерді

(2006 жылы 75,5% -дан 2008 жылы 95,5% -ға дейін) белгілеуінің жоғары пайызы комиссиялық емтихандар кезінде тексерілетін істердің ауырлығына және тергеушілердің іс- ал олардың туыстары медицина қызметкерлеріне шағымданады.

Талдау көрсеткендей, барлық мүдделі медициналық және әлеуметтік құрылымдардың кең ақпараты мұндай ақаулықтардың алдын алуда практикалық денсаулық сақтау органдарына елеулі көмек көрсете алады.

Оқу үлгісін

## ҚОРЫТЫНДЫ:

Қазақстан Республикасының азаматтарының денсаулығын қорғау және медицина қызметкерлерінің медициналық қызмет көрсету сапасы үшін жауапкершілігі, біздің заманымыздың шұғыл, әлеуметтік-саяси мәселелерінің бірі болып табылады.

Медициналық көмектің деңгейін көтерудің маңызды орны медициналық көмек көрсетудегі кемшіліктерге байланысты қылмыстық және азаматтық істерді тергеу барысында жүргізілген сот-медициналық сараптамаларды жан-жақты зерделеуге байланысты.

Медицина сарапшылары, дәрігерлермен бірге медицина қызметкерлерінің кәсіби міндеттерін тиісінше орындамағаны туралы емтихандарды тапсырған жағдайда бірқатар күрделі мәселелерді шешеді, атап айтқанда, медициналық көмек көрсетудегі кемшіліктердің болуы, қолайсыз нәтижеге байланысты себеп-салдарға байланысты болуы, медициналық көмек көрсетудегі ақаулардың салдарынан денсаулыққа зиян келтіру және т.б. Дегенмен, бүгінгі күнге дейін медициналық көмектің ақауларын зерттеу мәселесі, сот медицинасының өзекті мәселелерінің бірі болып табылады және қосымша зерттеулерді, оның ішінде ірі аумақтық ұйымдарда қажет етеді. Ірі қалада медициналық көмек көрсетудің дұрыс еместігіне байланысты сот-медициналық сараптама комиссиясының талдауы көрсеткендей, осындай сараптамалардың үлесі өткен жылы жүргізілген сараптама құрылымында өсті. Зерттелетін мерзімде «медициналық істерде» сараптамалардың саны мен үлесі 31-ден артып, 2012 жылы 24,3% -ды құрады, бұл 2014 жылы 44,1% -ды құрады.

Медициналық қызметкерлердің кәсіби құқықбұзушылықтарына жүргізілген сот-медициналық сараптамалардың жалпы санының 82,9% -ы жағдайларды бас бостандығынан материалдармен және тек 17,1% -ы азаматтық талап-арыздарда ғана жүргізілгенін атап өткен жөн. Алайда, соңғы жылдары (2012-2014 жылдар) азаматтық істер бойынша қылмыстық істермен салыстырғанда тағайындалған сараптамалық қорытындылардың басым көпшілігі (шамамен 2 есе) азаматтық істер бойынша сараптама үлесі 62%, ал қылмыстық істер бойынша - 38% болды. Жалпы сараптамалар санының 47,2% -ында емдеу ақауларының, 31,5% - диагностикалық кемшіліктердің және 6,3% - медициналық көмек көрсетудегі ұйымдастырушылық кемістіктері байқалды.

Медициналық көмек көрсетудегі кемшіліктерді талдау кезінде оларды келесідей жіктедік:

1. Сипаты бойынша ақаулар:

а) диагноз қою (толық емдеу, кеңес беру, дұрыс емес немесе уақтылы диагноз қою);

б) емдеу (қалпына келтіретін емдеудің әдістерін және құралдарын уақтылы, толық емес, жеткіліксіз қолдану);

в) ұйымдастырушылық (пациенттің, оның ішінде диспансерлік бақылаудың болмауы, жұмысқа жарамсыздық парағын берудегі қателіктер,

әртүрлі қолданыстағы ережелерді бұзу, нұсқаулар, дәрілік препараттарды сақтау және т.б.).

Медициналық көмек көрсетілетін жерде - ауруханаға дейінгі және стационарлық сатылар.

Мамандар (хирургтар, акушер-гинекологтар, стоматологтар және т.б.).

Ақаулардың жарақат немесе аурудың нәтижесіне әсері (өлімге, уақытша немесе тұрақты еңбекке жарамсыздыққа ықпал еткен немесе нәтижеге әкелген нәтижеге әсер етпеді).

Госпитальға дейінгі кезеңде жеткіліксіз диагноз (53,9%) және кейінгі емделу (25,0%) сияқты медициналық қызметтердің кемшіліктері басым. Ақаулар, терапевттер, акушер-гинекологтар және хирургтер жасаған мамандардың құрылымында басым.

Диагностиканың кемшіліктері негізінен жеткіліксіз тексеруден (40,2%). 34,0% жағдайда дұрыс емес (кешіктірілген) диагнозға байланысты болды.

Ауруханада диагностикалық көрсеткіштермен (45,1%) салыстырғанда емдеу ақаулары (54,9%) өте маңызды. Ақауларды жасаған мамандардың құрылымында бірінші орынды хирургтар мен акушер-гинекологтар құрайды.

Диагностикалық жұмыстың негізгі ақаулары - кешіктірілген диагноз (37,4%) және емтихандардың жеткіліксіз көлемі (32,9%); (23,3%), пациенттердің бақылауын және бақылаудың жеткіліксіздігі (17,5%).

Жүкті әйелдерге, босанған әйелдерге және балаларға медициналық көмек көрсетуде деформациялар орын алған жағдайларға ерекше көңіл бөлінді, олардың үлесі талдау кезеңінде 13,2% -дан 55,0% -ға дейін, орта есеппен 24,8% -ды құрады.

Диагностика кемшіліктерінің арасында зерттеудің жеткіліксіз көлемі (ақаулардың жалпы санының 22,2% немесе диагностикалық ақаулар санының 46,2%) сияқты айырмашылығы бар; кешік диагноз немесе диагноз қойылмаған зақымдар (тіісінше, 16,7% және 34,6%). Олардың неғұрлым аз бөлігі пациенттердің жай-күйінің (5,6% және 11,5%) маңыздылығын және басқа мамандардың уақытылы кеңес бермеуі жағдайлары болды (3,7% және 7,7%).

Емдеудің негізгі сәтсіздігі (жалпы құрылымда 31,5% және емдеу ақауларының құрылымында 60,7%) ауруханаға кешіккен. Емдеудің жеткіліксіз көлемі (7,4% және 14,3%), емделудің дұрыс таңдалмаған әдісі және дұрыс аяқталған емдеудің асқынуы (5,6%), кешіктірілген емдеу (1,9% ).

Соңғы кезде диагнозы бар науқастардың үлесі шамалы ( $p > 0,05$ ) акушер-гинекологтар, педиатрлар, хирургтар мен терапевттерде байқалды. Ең үлкен үлесімен (40,0%) емтихан жеткіліксіз, уақытылы кеңес беру - педиатрлар мен терапевттер арасында пациенттердің жағдайының ауырлығының төмендеуі байқалды. Басқарудағы мұндай кемшіліктер акушер-гинекологтар мен хирургтарда дерлік бірдей ауырлық дәрежесі бар госпитализацияға ұшырады, бұл көрсеткіш терапевт пен педиатрдың арасында екі есе аз болды. Кейінгі емдеу тек педиатрларда ғана байқалды. Тіс дәрігерлері мен балама медицина өкілдеріне емдеудің дұрыс еместігі жиі кездеседі.

Отоларингологтардағы жалғыз кемшілік емдеуден асқынулардың болуы болды. Акушер мен гинекологтардағы бұл ақау кездеседі.

Жүкті әйелдерді, босанған әйелдерді және балаларды ауруханада емдеудегі кемшіліктерді талдау кезінде пациенттерді басқаруға бірнеше мамандар қатысқан кезде жағдайлардың айтарлықтай үлесі (33,1%) тартылды. Ақаулардың жартысына жуығы (42,5%) акушер-гинекологтарға жатқызылды, басқа мамандықтардың дәрігерлерінің үлесі аз болды.

Емдеудің кемшіліктері диагностикалық ақаулардан сәл басым болды, бірақ бұл барлық мамандар үшін тән емес. Осылайша, егер жұқпалы аурулар емдеу ақауларымен ғана айналысса, олар анестезиолог-реаниматологтар, педиатрлар, парамедиктер, сондай-ақ бірнеше мамандардың пациенттерді басқаруы кезінде терапевт, хирург, акушер-гинекологтар үшін диагностикадағы қателіктерге ие болды.

Диагностикалық ақаулардың ішіндегі ең бастысы кейінірек диагнозды белгілеу (немесе белгіленбеу) және емделудің созылмалы бастамасы және науқастың жағдайының ауырлығының жеткіліксіздігі. Мұндай кемшіліктердің үлесі жеткіліксіз болғандықтан, жеткіліксіз сараптама, уақтылы кеңес бермеді.

Осылайша, барлық жағдайлардың төрттен бірінде (24,8%) медициналық көмекке қатысты кемшіліктер жүкті әйелдерді, босанған әйелдерді, балаларды басқарумен байланысты болды. Ал ауруханаға дейінгі кезеңде және ауруханада емдеудің қателіктері басым болды. Госпитальға дейінгі кезеңде емтиханның жеткіліксіз көлемі және кейінгі емдеуге жатқызу өте маңызды болды, ауруханада - кейін диагностика және анестезия және реанимациялық жәрдемақы ақаулары.

## Тұжырым:

1. Сот–медицина сараптама комиссия мүшелерінің материалдарына анализдеу арқылы, ОҚО емдік профилактикалық мекемелеріндегі (ЕПМ) сәйкес емес медициналық көмек көрсетілгендігі үшін келіп түскен шағымдар 60,6% қамтыған және дұрыс емес көрсетілген медициналық көмектің, Түркістан қаласы көрсеткішімен салыстырғанда 15,2% (45,4%), ал ОҚО салыстырғанда 2,4% (58,2%) жоғарырақ. Аталған медициналық көмек көрсетудегі қателіктердің пайда болуына объективті (ауру барысындағы түсініксіз клиникалық белгілер, созылмалы инфекциялар, аурудың сирек кездесуі, емдеу мекемесінде науқастың аз уақыт болуы) және субъективті (емдеуден бас тарту, ауыр патология) факторлар әсер еткен.

2. Медициналық көмек көрсету барысында, әсіресе емдеу мен диагностикалау барысындағы қателіктер арасында науқас жағдайын дұрыс бағаламау (34,0%), аурудың ағамын дұрыс бағаламау (35,6%), клиникалық мағұлматтарды дұрыс талдай алмау (28,7%), уақытылы диагноз қойылмау (22,3%), медикаментозды емді дұрыс тағайындамау (17,6%) орын алған.

3. Сот – медицина сараптама комиссия мүшелерінің қорытындысына сәйкес толық мөлшерде медициналық көмектің көрсетілмеуі, жарты пациенттерде тіркелген (50,8%), уақытылы медициналық көмек 22,7% жағдайда және 26,5% дұрыс емес тексермеу жағдайлары тіркелген.

4. Созылмалы бүйрек қабыну ауруы бар жүкті әйелдер көбіне активті репродуктивті жаста (76,7%), еңбекке қабілетті жұмыс жасайтындар (63,3%), заңды некедегілер (73,7%), алғаш рет туғандар (72,0%), созылмалы ошақты инфекциялы аурулары барлар (71,3%), біріншілік бүйрек зақымдалуы (82,7%), асқынуден өтетіндер (59,0%) тіркелген.

5. Медициналық көмектің дұрыс емес жасалу барысында, адам денсаулығына тигізген кері әсерлері түрлі критерилер бойынша анықталады: өмірге қауіптілік, денсаулығына қауіптілік тудыратын жағдайлар, еңбекке жарамсыздық, жүктіліктің тоқтатылуы, мүшенің ампутациясы немесе оның істен шығуы, уақыт аралығы бойынша денсаулыққа зиян әсерін тигізу. Дұрыс емес көрсетілген медициналық көмек нәтижесінде 5,9% жағдайда денсаулыққа қатты, 2,7% орташа, 0,5% жағдайда жеңіл түрде зияның тигізген. 12,2 % жағдайда сараптама комиссия мүшелері, қателіктің тікелей денсаулыққа зиянда себеп-салдары анықталғанына қарамастан, зияндылығын анықтамаған.

## Практикалық кеңестер

1. Жасалынған зерттеулер арқылы сот – медицина сараптама сарапшыларына профилактика, диагностика, емдеу кезеңдерінде, әртүрлі медицина мамандары арасында медициналық көмек көрсету кезіндегі қателіктерді жүйелеп оның наука денсаулығына әсерін анықтауға көмек береді.

2. Медициналық көмектің дұрыс көрсетілмеуі салдарынан адам денсаулығына зияндылығы тигізгендігін анықтау барысында, сарапшылар төмендегі сипаттарға сүйене отыру керек: адам өміріне қауіптілігі, адам өміріне қауіп төндіретін жағдайлар, жүктілікті тоқтату, мүшенін ампутациясы немесе оның істен шығуы, уақыт аралығы бойынша денсаулыққа зиян әсерін тигізу.

3. Сот – медицина сараптама комиссия мүшелерінің жұмысын дамыту үшін, сарапшылардың қатарына бірнеше дәрігер мамандарын, өзінің саласы бойынша тәжірибелі және де профессионалды дайындығы жоғары мамандарды қосу керек. Ол арқылы медициналық көмектің қателігіне объективті түрде баға беруге болады. Төмендегі терминдерге: дефект, қателік, жіберіп алу, кемшілік, нақты түсіндірулер берілу керек.

4. Әйел консультациясындағы дәрігерлері экстрагенитальды аурулары бар жүкті әйелдерде медициналық белсенділікті жоғарылату мақсатында «Аналар мектебінде», анықталған патология дәрежесіне сәйкес кіші топтарда, ақпараттандыру жұмыстарын жасау қажет.

5. Дұрыс емес көрсетілген медициналық көмек тіркелген кезде, мәселені ведомстволық және ведомствовадан тыс деңгейде (дәрігер кеңестері отырыстары, клиническі – анатомиялық конференцияларда, аумақтық міндеттелінген денсаулық сақтау органдары) қаралып, талқылануына кеңес береміз. Сол ЕПМ басшыларымен, дұрыс емес медициналық көмек көрсету себебін анықтап, оны жоюға бағытталған шаралар жасау жайында отырыстар жасау керек.

## ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы // Указ Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года №922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года».

2. Послание Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана от 11 ноября 2014 года «Нұрлыжол – путь в будущее»

3. Рыков В.А. Медицинская и правовая оценка ятрогенных заболеваний // Медицинское право, 2003. - № 4. - С. 41-47.

4. Кибкало А.П., Мохов А.А., Саямов К.Ю. Определение понятий “неблагоприятный исход” и “врачебная ошибка” в медицинской практике: социально\_правовое значение // Медицинское право, 2003. - № 4. - С. 38-41

5. Уголовный Кодекс РК с доп.изм.01.01.2016 г. № 419-V

6. Белобородова Н.Г. - О медицинских и правовых аспектах контроля и экспертизы качества медицинской помощи.// Научные труды «Всероссийского съезда по медицинскому праву. Москва, 2005.- 167-172с.

7. Клипах В.М.- Системный подход к контролю качества медицинской помощи. // Научные труды 2 Всероссийского съезда по мед.праву. Москва, 2005.- 182-187с.

8. Гражданский Кодекс РК с доп.изм., 2016.- с.307

9. Некачалов В.В. Ятрогения (Патология диагностики и лечения). – СПб., 1998. – 43 с.

10. Гринберг Л.М., Руднов В.А. Сепсис и теория системной воспалительной реакции: попытка клинико-морфологического консенсуса. // Арх. пат. 2007. №4.- С56-59.

11. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Мишнев О.Д., Щеголев А.И. Хирургический сепсис: клинико-патологоанатомические аспекты. // Арх. патол. -2007. №4.-С. 59-63.

12. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойная гинекология. М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 2-ое изд. доп. - 304 с.

11. Пауков В.С. Инициальные механизмы сепсиса. // Арх. патол. 2007. -№2. - С.57-61.

13. Пути снижения материнской и младенческой смертности. Казахстанский опыт. Директор НЦАГиП МЗ РК д.м.н. Кудайбергенов Т. Москва, октябрь 2011

14. Аппасова М.И., Чой С.В., Чагай С.М. и др. Частота и структура врожденных пороков развития у детей города Алматы. Сборник научных трудов «Наука о человеке. X конгресс молодых ученых и специалистов». 2009. 166с.

15. Адамян, Л. В. Комплексный подход к диагностике, хирургической коррекции и реабилитации больных при сочетании аномалий развития матки и влагалища с эндометриозом / Л. В. Адамян, К. Н. Фархат, З. Н. Макиян // Проблемы репродукции, 2016. - № 3. - С. 84-90.



16. Акулич, Н. С. Морфологические изменения эндометрия женщин с хроническим эндометритом / Н. С. Акулич, У. Ф. Рунец, О. А. Юдина // Медицинский журнал, 2017. - № 1. - С. 44-48.

17. Аплазия матки и влагалища (синдром Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера) в сочетании с эндометриозом: нерешенные аспекты этиологии и патогенеза (обзор литературы) / Л. В. Адамян [и др.] // Проблемы репродукции, 2016. - № 3. - С. 8-14.

18. Бесплодие: диагноз, но не приговор // Медицинская сестра, 2017. - № 1. - С. 25.

19. Богданова, А. М. Применение низкочастотного ультразвука в комплексном лечении гипопластического варианта хронического эндометрита / А. М. Богданова, Е. Ю. Глухова, Г. Б. Дикке // Акушерство и гинекология, 2017. - № 2. - С. 90-95.

20. Бурлев, В. А. Проллиферативная и ангиогенная активность эндометриоидных кист яичника / В. А. Бурлев // Проблемы репродукции, 2016. - № 3. - С. 91-100.

21. Генетические аспекты формирования синдрома поликистозных яичников / А. А. Найдуква [и др.] // Акушерство и гинекология, 2016. - № 3. - С. 16-22.

22. Дурасова, Н. А. Внематочная беременность / Н. А. Дурасова // Справочник фельдшера и акушерки, 2016. - № 9. - С. 15-21.

23. Зайдиева, Я. З. Лечение больных с миомой матки: факты и нерешенные вопросы / Я. З. Зайдиева, А. В. Глазкова // Российский вестник акушера-гинеколога, 2016. - № 2. - С. 37-41.

24. Захарова, Н. Б. Влияние преаналитического этапа на результаты исследования цитокинового профиля отделяемого цервикального канала у женщин с эктопией шейки матки / Н. Б. Захарова, Н. Ф. Хворостухина, Ю. В. Михеева // Справочник заведующего КДЛ, 2016. - № 9. - С. 9-17.

25. Клинический случай эктопической беременности в рудиментарном роге матки (описание случая) / И. Ф. Козаченко [и др.] // Проблемы репродукции, 2016. - № 3. - С. 129-135.

26. Комбинированное лечение больных с хроническим эндометритом / Т. А. Селезнева [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога, 2016. - № 5. - С. 50-54.

27. Кузнецова, Е. В. Миома матки / Е. В. Кузнецова, В. В. Скворцов // Медицинская сестра, 2017. - № 1. - С. 14-17.

28. Медикаментозная терапия в лечении эндометриоза / А. А. Попов [и др.] // Медицинский совет, 2016. - № 2. - С. 86-90.

29. Айламазян, Э.К. Пренатальная диагностика наследственных и врожденных болезней / Э.К. Айламазян, В.С. Баранов. М.: МЕДпресс-информ, 2006. -416 с.

30. Актаева, Л.М. Роль вторичной профилактики врожденных пороков в снижении перинатальной смертности / Л.М. Актаева // Современные

технологии в педиатрии и детской хирургии: тезисы докладов. М., 2003. -С. 371.

31. Дерюгина Л. А. Пренатальная диагностика урологических заболеваний / Л. А.Дерюгина, Е. Л.Вишневецкий, И. В. Казанская, Д. А.Морозов // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2007. - Т. 52. - №4. - С.50-54.

32.Молчанова Е. А, Валов А. Л, Каабак М. М. Первые результаты формирования Российского регистра хронической почечной недостаточности у детей // Нефрология и диализ, 2003. - Т.5. - №1.

33.Папаян А. В., Стяжкина И. С. Неонатальная нефрология // Руководство. - СПб.: Питер, 2002. - С. 84-123, С. 448.

34.Лукьянов А.В., Кораблева О.А., Турица А.А., Бугаев Я.В. Современная структура и тенденции заболеваемости детей инфекциями мочевой системы // Вопросы современной педиатрии, 2005 г. - Т. 4, (1). – С. 312

35.Антонов О.В., Евсеева Т.В., Антонова И.В. Медицинская помощь женщинам с риском врожденных пороков развития у плода // Медицинская помощь, 2005. – Т. 4, № 3. – С. 13-15.

36.Савичева, А. М. Инфекционные заболевания влагалища и современные подходы к их диагностике и лечению/ А. М. Савичева, Е. В. Шипицына, Н. Е. Воробьева // Акушерство и гинекология, 2016. - № 2. - С. 120-126.

37. Сатуева, Э. Ж. Эндометриоз / Э. Ж. Сатуева, Х. М. Мурадова, В. В. Скворцов // Медицинская сестра, 2017. - № 1. - С. 19-22.

Чернова, Н. И. Возможности повышения эффективности терапии пациенток с наиболее распространенными заболеваниями вульвы / Н. И. Чернова, М. И. Багаева, С. В. Стовбун // Российский вестник акушера-гинеколога, 2016. - № 4. - С. 91-94.

39. Шалимова, М. А. Клинические ситуации по акушерству и гинекологии: апоплексия яичника / М. А. Шалимова // Справочник фельдшера и акушерки, 2016. - № 3. - С. 27-29.

40.Акопов В.И., Карасова Ю.В. Правовое регулирование профессиональной деятельности медицинского персонала: учебное пособие. — Ростов н/Д: Феникс, 2008. — С. 248

41.Сергеев Ю.Д., Козлов С.В. Основные виды дефектов оказания медицинской помощи (по данным комиссионных судебных экспертиз) // Медицинское право, 2012. — № 3. — С. 35

42.Чупрына П.С. Уголовная ответственность медицинских работников за нарушение ими профессиональных обязанностей // Вестник Томского государственного университета. — 2009. — № 320. — С. 143

43.Зарецкий М.М. Врачебная ошибка неизбежна или нет? // Therapia, 2009. — Т. 33. — № 1. — С. 63-66.

44.Эльштейн Н.В. Современный взгляд на врачебные ошибки / Терапевтический архив. – М: Медицина, 2005. - № 8. – С. 88-92.

45.Баринов Е.Х., Добровольская Н.Е., Ромодановский П.О. Юридическая квалификация дефектов оказания медицинской помощи и врачебных ошибок -

помощь практическому здравоохранению // Медицинское право, 2010.№5. С. 3 - 7.

46. Бершадская М.Б. Проблемы безопасности в хирургии и пути их решения// Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. М., 2009. №11. С. 15-19.

47. Галкин Р.А., Лещенко И.Г. Ошибки в операционной практике и их предупреждение: Монография- Самара ИПК Содружество, 2001. С. 8-13.

48. Ибатулина Ю.Ф. Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками и врачебная ошибка: уголовно-правовой аспект // Российский следователь, 2010. №1. С. 12 - 15.

49. Казарян В.М. Послеоперационные инородные тела в брюшной полости. Медико - правовые аспекты // Судебно - медицинская экспертиза: научно - практический журнал. М.: Медицина, 2008. №5. С. 33-36.

50. Канурина В.В. Содержание и организация деятельности медицинской сестры - координатора в стационаре.// Главная медицинская сестра. №10, 2001. С. 16.

51. Кибальник А.Г., Старостина Я.В. Актуальные проблемы уголовной ответственности медицинских работников: Монография - науч. изд. М.: Илекса, 2006.

52. Краковский Н.И., Грицман Ю.Я. Хирургические ошибки в практике: «Издательства» Медицина, 2002, С. 72.

53. Кузнецов Н.А., Зинякова М.В. Ультразвуковая диагностика инородных тел брюшной полости //Хирургия, 2001. № 10. С. 46-49.

54. Михеева Н.А. Судебно - медицинская экспертиза неблагоприятных исходов при оказании хирургической помощи //Медицинская помощь: научно - практический журнал. М.: Медицина, 2008. №5. С 6-9.

55. Никонов Е.Л. Безопасность пациента: ГЭОТАР-Медиа,2010. С.184.

56. Сучков А.В. Анализ дефиниций понятия "врачебная ошибка" с целью формулирования определения "профессиональные преступления медицинских работников" // Ме Типичные ошибки в работе операционной медицинской сестры // Старшая медицинская сестра, 2013г. №3.

57. Понкина А.А. Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов / Кафедра правового обеспечения государственной и муниципальной службы МИГСУ РАНХиГС. – М.: Консорциум специалистов по защите прав пациентов, 2012. – С. 51–54.

58. Тактика и методика расследования причинения смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения медицинского работниками своих профессиональных обязанностей / А.М. Багмет, Л.И. Черкасова. – М.: Институт повышения квалификации Следственного комитета Российской Федерации, 2013. – С. 58

59. Доскин В.А., Дорина Е.А., Картаева Р.А. Врачебные ошибки и конфликтные ситуации в клинической практике. Клиническая медицина, 2014.- С. 57-63.

60. Махабетчин М.М. Врачебная ошибка и наказание несовместимы. Клиническая медицина, 2015.- С. 72-6.

61. Димов А.С., Витер В.И. Проблемы качества врачебной диагностики. Учебное пособие с грифом УМО от 04.04.2007. Ижевск, 2008. медицинское право, 2010. №5. С. 45 - 50.

62. Трунов И.Л. Врачебная ошибка, преступление, проступок. Человек: преступление и наказание, 2010, 1.

63. Bart Windrum. It's Time to Account for Medical Error in «Top Ten Causes of Death». Charts Commentary, 2013, April 24, 5.

65. Michelle Feil. Distractions and Their Impact on Patient Safety. Pa Patient Saf Advis, 2013 Mar, 10 (1): 1–10.

66. Mark Graban. Statistics on Healthcare Quality and Patient Safety Problems — Errors & Harm Updated November 2014 <http://www.leanblog.org/2009/08/statistics-on-healthcarequality-and>.

67. Annie Yang, Pharm D. Wrong-Patient Medication Errors: An Analysis of Event Reports in Pennsylvania and Strategies for Prevention. Pa Patient Saf Advis, 2013 Jun, 10 (2): 41–9.

68. How Many Die From Medical Mistakes In U.S. Hospitals? // <http://www.npr.org/blogs/health/2013/09/20/224507654/how-many-die-from-medical-mistakes-in-u-s-hospitals>.

69. Antibiotic Resistance Threats in the United States, 2013. Summary US department of health and human service.

70. Dr. Mercola Data on Serious Hospital Errors Will Now Be Withheld from the Public // <http://articles.mercola.com/sites/articles/2014/08/20/medical-errors-public-disclosure.aspx>.

71. Stevens CD. Health Aff (Millwood). 2014;doi:10.1377/hlthaff.2014.0148.// Diabetes-related lower-extremity amputations 10 times more likely in low-income areas <http://www.healio.com/endocrinology/diabetes/news/online/%7Bea7fd761-b616-41bb-a2a1-3add94fcd1f9%7D/diabetes-related-lower-extremity-amputations-10-times-more-likely-in-low-income-areas>.

72. Annie Yang, PharmD, Wrong-Patient Medication Errors: An Analysis of Event Reports in Pennsylvania and Strategies for Prevention. Pa Patient Saf Advis, 2013 Jun, 10(2): 41–9.

73. Milos Jenicek Medical Error and Harm: Understanding, Prevention and Control Talor & Francis group, 2011.

74. Milos Jenicek Medical Error and Harm: Understanding, Prevention, and Control Talor & Francis group, 2011.

75. Поданным Leon & Brothers <http://www.medmalnj.com/Legal-Articles/43-million-medical-errors-occurring-worldwide-study-suggests.shtml33>.

76. Athanassios Vozikis and Marina Riga Patterns of Medical Errors: A Challenge for Quality Assurance in the Greek Health System/Quality Assurance and Management/ InTech Europe.

77. Mohammadnejad E, Hojjati H, Sharifnia SH, Ehsani SR. Amount and type of medication errors in nursing students in four Tehran. *J Med Ethic Hist*. 2009, 3(Suppl 1): 60–9.
78. Mihailidis A, Kronos L, Boger J. Assistive computing devices: A pilot study to explore nurses preference and needs. *Comput Inform Nurs*, 2006, 24: 328–36[PubMed].
79. Mrayyon MT, Shishani K, Al-faouri L. Rate, causes and reporting of medication errors in Jordan: Nurses' perspectives. *J Nurs Manag*, 2007, 15: 659–70 [PubMed].
80. Lehman CU, Conner KG, Cox JM. Preventing provider errors: Online total parenteral nutrition calculator. *Pediatrics*, 2004,113: 748–53 [PubMed].
81. Armitage G, Knapman H. Adverse events in drug administration: A literature review. *J Nurs Manag*, 2003, 11: 130–40 [PubMed].
82. McCarthy AM, Kelly MW, Reed D. Medication administration practices of school nurses. *J Sch Healt*, 2000, 70: 371–6 [PubMed].
83. Hashemi F. Response ethics to nursing errors. *J Med Ethic Hist*, 2007, 4: 31–46.
84. John PA. Ioannidis Why Most Published Research Findings Are False. *PLoS Med*, 2005 Aug, 2(8): e124.
85. Mohammad Ali Cheragi Types and causes of medication errors from nurse's viewpoint. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 2013 May-Jun, 18(3): 228-231.
86. Jennifer Lucado, MPH, Kathryn Paez, PhD, MBA., R.N, and Anne Elixhauser, PhD. Medication-Related Adverse Outcomes in U.S. Hospitals and Emergency Departments, 2008. *STATISTICAL BRIEF #109*, 2011.
87. Mario Plebani. Выявление и предотвращение ошибок в лабораторной медицине (опубликовано в сети Интернет 01.12.2009).
88. Sherer D. M. Is fetal Hydronephrosis overdiagnosed? // *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 2000. - V. 16. - P. 601-606.
89. Sauer P. J. Ethical dilemmas in neonatology, recommendations of the Ethics Working group of the CESP (Confederation of European Specialists in Paediatrics) // *Eur. J. Pediatr*, 2001. - V. 160. - P.364-368.
90. E.N. Whitby, M.N. Paley, M.F. Smith., A.Springg, N Woodhouse, and PD Griffiths Low field strength magnetic resonance imaging of the neonatal brain // *Archives of Disease in Childhood (fetal and Neonatal)*, 2003. – №88(3) – P.203-208.
91. Second trimester ultrasound markers for detection of trisomy 21: Witch markers are best? / A.M. Vintzileos, W.A. Campbell, E.R. Guzman et al. // *Obstetr. Gynecol*, 2003. - Vol. 89. - P. 941-944.
92. A population-based evaluation of the impact of antenatal screening for Down's syndrome in France, 1981-2000 / B. Khoshnood, C. De Vigan, V. Vodovar et al. // *Brit. J. Obstet. Gynecol*, 2004. - Vol. 111, N 5. - P. 485-490.
93. Annual Report of International Clearinghouse for birth defects monitoring systems. N. Y., 2002. - 215 p.

94. Antenatal and perinatal uro-nephrology: current questions and dilemmas / Sochett E.B., Cherney D., Curtis J.R. et al. // *J. Am. Soc. Nephrol*, 2006. -Vol. 17.-P. 1703-1709.
95. Antonova, I. The occurrence and structure of malformations of the urinary and genital systems in Omsk children (Electronic resource) / I. Antonova // *4th Europaediatrics 2009*. Moscow, 2009. - P. 37. - 1 .
96. Fahey J.O. Clinical management of intra-amniotic infection and chorioamnionitis: a review of the literature. // *J. Midwifery Women s Health*, 2008 May-Jun. - Vol. 53 (3). - P. 227-235.
97. Hung T.H., Chen S.F. et al. Tumour Necrosis Factor-alpha converting enzyme in human gestational tissues from pregnancies complicated by chorioamnionitis. // *Placenta*. 2006. Sep.-Oct. - Vol. 27 (9-10). -P. 996-1006.
98. Velasco-Murillo V., Navarrete-Hernandez E. Maternal mortality in the IMSS: An analysis from the perspective of mortality and lethality. // *Cir. Cir*, 2006 Jan.-Feb. - Vol. 74 (1). - P. 21-26.
99. Jufas N<sup>1</sup>, Flanagan S, Biggs N, Chang P, Fagan P. // Quality of Life in Vestibular Schwannoma Patients Managed by Surgical or Conservative Approaches // *Otol Neurotol*. 2015 Aug;36(7):1245-54. doi: 10.1097/MAO.0000000000000789.
100. Gavelova M<sup>1</sup>, Nagyova I<sup>2</sup>, Rosenberger J<sup>3</sup>, Krokavcova M<sup>4</sup>, Gdovinova Z<sup>5</sup>, Groothoff JW<sup>6</sup>, van Dijk JP<sup>7</sup>. // Importance of an individual's evaluation of functional status for health-related quality of life in patients with multiple sclerosis // *Disabil Health J*. 2015 Jul;8(3):372-9. doi: 10.1016/j.dhjo.2015.02.006. Epub 2015 Mar 10.
101. Protopsaltis TS<sup>1</sup>, Scheer JK<sup>2</sup>, Terran JS<sup>1</sup>, Smith JS<sup>3</sup>, Hamilton DK<sup>4</sup>, Kim HJ<sup>5</sup>, Mundis GM Jr<sup>6</sup>, Hart RA<sup>4</sup>, McCarthy IM<sup>7</sup>, Klineberg E<sup>8</sup>, Lafage V<sup>1</sup>, Bess S<sup>9</sup>, Schwab F<sup>1</sup>, Shaffrey CI<sup>3</sup>, Ames CP<sup>10</sup>; International Spine Study Group. // How the neck affects the back: changes in regional cervical sagittal alignment correlate to HRQOL improvement in adult thoracolumbar deformity patients at 2-year follow-up // *J Neurosurg Spine*. 2015 Aug;23(2):153-8. doi: 10.3171/2014.11.SPINE1441. Epub 2015 May 15.
102. Dixon JB<sup>1,2</sup>, Rice TL<sup>3,4</sup>, Lambert EA<sup>3,4,5</sup>, Lambert GW<sup>4,6</sup>. // Obese Adolescents Report Better Health-Related Quality of Life than Obese Young Adults // *Obes Surg*. 2015 Nov;25(11):2135-42. doi: 10.1007/s11695-015-1677-8.
103. Mu H<sup>1</sup>, Kurozawa Y, Kotani K, Liu G, Liu P, Tsunekawa A, Shunichiro N, Ito TY. // Health-related quality of life and recognition of desertification among inhabitants of the Loess Plateau region of China: findings for city and village communities // *J Environ Health*. 2008 Jan-Feb;70(6):38-43.
104. Abdul-Sattar AB<sup>1</sup>, Abou El Magd S<sup>2</sup>. // Association of perceived neighborhood characteristics, socioeconomic status and rural residency with health outcomes in Egyptian patients with systemic lupus erythematosus: one center study // *Int J Rheum Dis*. 2014 Mar 20. doi: 10.1111/1756-185X.12331. [Epub ahead of print].

105...Williams JS<sup>1</sup>, Cunich M, Byles J.//The impact of socioeconomic status on changes in the general and mental health of women over time: evidence from a longitudinal study of//Int J Equity Health. 2013 Apr 9;12:25. doi: 10.1186/1475-9276-12-25.

106.Gary-Webb TL, Baptiste-Roberts K, Pham L, Wesche-Thobaben J, Patricio J, Pi-Sunyer FX, Brown AF, Jones-Corneille L, Brancati FL; Look AHEAD Research Group.// Neighborhood socioeconomic status, depression, and health status in the Look AHEAD (Action for Health in Diabetes) study//BMC Public Health. 2011 May 19;11:349. doi: 10.1186/1471-2458-11-349.

107.Aarts MJ<sup>1</sup>, Mols F, Thong MS, Louwman MW, Coebergh JW, van de Poll-Franse LV.//Long-term prostate cancer survivors with low socioeconomic status reported worse mental health-related quality of life in a population-based study//Urology. 2010 Nov;76(5):1224-30. doi:10.1016/j.urology.2010.06.013.

108.Lahana E<sup>1</sup>, Pappa E, Niakas D.//The impact of ethnicity, place of residence and socioeconomic status on health-related quality of life: results from a Greek health survey//Int J Public Health. 2010 Oct;55(5):391-400. doi: 10.1007/s00038-010-0171-2. Epub 2010 Jul 22.

109.Bak-Drabik K<sup>1</sup>, Ziora D.//The impact of socioeconomic status on the quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease//Pneumonol Alergol Pol. 2010;78(1):3-13.

110.Laaksonen M<sup>1</sup>, Silventoinen K, Martikainen P, Rahkonen O, Pitkaniemi J, Lahelma E.//The effects of childhood circumstances, adult socioeconomic status, and material circumstances on physical and mental functioning: a structural equation modelling approach//Ann Epidemiol. 2007 Jun;17(6):431-9. Epub 2007 Mar 28.

111.Pölluste K<sup>1</sup>, Aart A<sup>2</sup>, Kallikorm R<sup>2</sup>, Kull M<sup>2</sup>, Kärberg K<sup>2</sup>, Müller R<sup>2</sup>, Ots-Rosenberg M<sup>2</sup>, Tolk A<sup>2</sup>, Uhlinova J<sup>2</sup>, Lember M<sup>2</sup>.// Adverse lifestyle and health-related quality of life: gender differences in patients with and without chronic conditions// Scand J Public Health. 2016 Mar;44(2):209-16. doi:10.1177/1403494815615763. Epub 2015 Nov 9.

112.Dai H<sup>1</sup>, Jia G<sup>2</sup>, Liu K<sup>3</sup>.// Health-related quality of life and related factors among elderly people in Jinzhou, China: a cross-sectional study//Public Health. 2015 Jun;129(6):667-73. doi: 10.1016/j.puhe.2015.02.022. Epub 2015 Mar 19.

113.González-Rubio E<sup>1</sup>, San Mauro I<sup>1</sup>, López-Ruiz C<sup>1</sup>, Díaz-Prieto LE<sup>1</sup>, Marcos A<sup>1</sup>, Nova E<sup>2</sup>.//Relationship of moderate alcohol intake and type of beverage with health behaviors and quality of life in elderly subjects//Qual Life Res. 2016 Jan 21. [Epub ahead of print].

114.Hu Y<sup>1</sup>, Pikhart H<sup>2</sup>, Kubinova R<sup>3</sup>, Malyutina S<sup>4</sup>, Pajak A<sup>5</sup>, Besala A<sup>5</sup>, Bell S<sup>2</sup>, Peasey A<sup>2</sup>, Marmot M<sup>2</sup>, Bobak M<sup>2</sup>.//Alcohol Consumption and Longitudinal Trajectories of Physical Functioning in Central and Eastern Europe: A 10-Year Follow-up of HAPIEE Study//J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2016 Jan 8. pii: glv233. [Epub ahead of print].

115.Luquiens A<sup>1,2</sup>, Whalley D<sup>3</sup>, Laramée P<sup>4,5</sup>, Falissard B<sup>6</sup>, Kostogianni N<sup>6</sup>, Rehm J<sup>7,8,9,10,11</sup>, Manthey J<sup>11</sup>, Paille F<sup>12</sup>, Aubin HJ<sup>6</sup>.// Validation of a new patient-reported outcome instrument of health-related quality of life specific to patients with

alcohol use disorder: the Alcohol Quality of Life Scale (AQoLS)//Qual Life Res. 2015 Nov 20. [Epub ahead of print].

116.Etemadi A<sup>1</sup>, Zarebahramabadi M, Mirkazemi R.// Effect of Al-Anon attendance on family function and quality of life in women in Mashhad, Iran//Am J Drug Alcohol Abuse. 2015 Jul 30;1-7.[Epub ahead of print].

117.Kim CH, Vincent A, Clauw DJ, Luedtke CA, Thompson JM, Schneekloth TD, Oh TH.// Association between alcohol consumption and symptom severity and quality of life in patients with fibromyalgia//Arthritis Res Ther. 2013 Mar 15;15(2):R42. doi: 10.1186/ar4200.

118.Daepfen JB<sup>1</sup>, Faouzi M<sup>2</sup>, Sanchez N<sup>2</sup>, Rahhali N<sup>3</sup>, Bineau S<sup>3</sup>, Bertholet N<sup>2</sup>.// Quality of life depends on the drinking pattern in alcohol-dependent patients//Alcohol Alcohol. 2014 Jul-Aug;49(4):457-65. doi: 10.1093/alcalc/agu027. Epub 2014 May 26.

119.Luquiens A<sup>1</sup>, Reynaud M, Falissard B, Aubin HJ.// Quality of life among alcohol-dependent patients: how satisfactory are the available instruments? A systematic review// Drug Alcohol Depend. 2012 Oct 1;125(3):192-202. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.08.012. Epub 2012 Aug 30.

120.Kisic-Tepavcevic D<sup>1</sup>, Gazibara T, Popovic A, Trajkovic G, Pekmezovic T.// The impact of alcohol on health-related quality of life in Belgrade University students//Am J Drug Alcohol Abuse. 2013 Mar;39(2):130-5. doi: 10.3109/00952990.2012.746348.

121.Morimoto T<sup>1</sup>, Oguma Y, Yamazaki S, Sokejima S, Nakayama T, Fukuhara S.// Gender differences in effects of physical activity on quality of life and resource utilization//Qual Life Res. 2006 Apr;15(3):537-46.

122.Bianco T<sup>1</sup>, Cillo U, Amodio P, Zanus G, Salari A, Neri D, Bombonato G, Schiff S, Baggio G, Ronco C, Brocca A, Soni S, Minazzato L.//Gender differences in the quality of life of patients with liver cirrhosis related to hepatitis C after liver transplantation//Blood Purif. 2013;36(3-4):231-6. doi: 10.1159/000356362. Epub 2013 Dec 20.

123.Lahti J<sup>1</sup>, Sabia S<sup>2</sup>, Singh-Manoux A<sup>2</sup>, Kivimäki M<sup>3</sup>, Tatsuse T<sup>4</sup>, Yamada M<sup>4</sup>, Sekine M<sup>4</sup>, Lallukka T<sup>5</sup>.//Leisure time physical activity and subsequent physical and mental health functioning among midlife Finnish, British and Japanese employees: a follow-up study in three occupational cohorts//BMJ Open. 2016 Jan 6;6(1):e009788. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009788.



## ҚОСЫМША

### Диссертация тақырыбы бойынша жарияланған жұмыстар тізімі

1. Н.А. Жуманазаров, Ж.И. Молдалиев, Р.Ф. Курбанова. Экспертный анализ причин материнских смертей. А.Ясауи атындағы университеттің «Хабаршы» ғылыми журналы. –Түркістан, 2016. - Б. 653-656.
2. Молдалиев Ж.И. Жүктілерге және жаңа босанғандарға медициналық көмек көрсету барысындағы ақаулардың сипаттамасы. «Заманауи медицина: дәстүрлер мен инновациялар» І Халықаралық ғылыми-практикалық конференция. – Түркістан, 2018. – Б. 210-213.
3. Ж.И. Молдалиев, Н.А. Жуманазаров. Дәрігерлік қателіктердің алдын алу шараларын патанатомия және сот-медициналық сараптама қорытындылары бойынша талқылау «Фармация Казахстана» научный и информационно-аналитический журнал. – Алматы, 2018. – С. 46-48.