

**ДЕФЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Исламов Ш.Э.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Оказание качественной и эффективной медицинской помощи (МП) остается одним из актуальных вопросов отечественного и мирового здравоохранения. Особенно это остро стоит в последнее время, что связано как с ростом самосознания населения, так и с принятием ряда нормативных актов в этой сфере [14,15].

Дефекты диагностики и лечения нередко выявляются как в процессе ведомственного расследования органами управления здравоохранением, так и при судебно-медицинской экспертизе (СМЭ) в ходе следствия [3].

Под дефектами медицинской помощи (ДМП) следует понимать ошибочные (с нарушением действующих правил, инструкций, положений, приказов и т.д.) и иные неправильные действия (или бездействие) медицинского работника в связи с выполнением им профилактических, диагностических, лечебных и медико-реабилитационных мероприятий при отсутствии прямого умысла причинения вреда здоровью больного, независимо от того, привели они реально или нет к развитию неблагоприятных последствий [4].

Основу ДМП составляют их сущность и причины. Сущность ДМП заключается в их характере и содержании. По В.В.Томилину и Ю.И. Соседко [13] сущность ДМП включает в себе дефекты организации медицинской помощи, дефекты диагностики, дефекты лечения.

Дефекты лечения - это неправильное или в неполном объеме оказание необходимой МП больному, усугубившее течение имевшейся у них патологии или приведшее к иному неблагоприятному исходу.

Основными видами ДМП в деятельности акушеров-гинекологов являлись недостатки диспансерного наблюдения, ошибки при назначении и проведении медицинских процедур (ДМП при производстве аборта, ДМП при внутриматочной контрацепции), в том числе при родоразрешении (тактические дефекты ведения родов), дефекты хирургического лечения (ДМП при эндоскопических операциях), а также нарушение правил ведения медицинской документации [5,7].

В деятельности хирургов ДМП в основном допускаются на госпитальном этапе (ГЭ) - в ЦРБ и в системе экстренной медицинской службы. По характеру преобладали ДМП диагностики. ДМП допускались в основном по субъективным причинам и часто существенно влияли на исход и способствовали наступлению смерти [6,10].

Показатель дефектов в работе работников скорой медицинской помощи складывается из дефектов в лечебной работе (неадекватное медицинское лечение, неполный объем МП и т.д.) [8].

**Материалы и методы исследования.** Материалами для исследования послужили заключения комиссионных судебно-медицинских экспертиз (КСМЭ), составленных по поводу профессиональных правонарушений медицинских работников, проведенных во всех 12 областях, Республиканском Бюро Республики Каракалпакстан, Бюро г.Ташкента и Главном Бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Республики Узбекистан в период с 1999 по 2008 гг. По специальной компьютерной программе с использованием разработанных нами карт-анкет, включающих классифицирующие параметры, исследовались 2369 заключений комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам дел о нарушениях персоналом своих профессиональных обязанностей.

Из 2369 КСМЭ, назначенных в отношении медицинских работников в 49,4% (1171) случаев обнаружено ДМП. Вышеуказанное было внимательно проанализировано и явилось материалом исследования. В связи с вышеуказанными заключениями изучены протоколы 620 заключений и 147 актов судебно-медицинского исследования трупов и живых лиц, других видов судебно-медицинских документов - результатов гистологических, химических исследований и т.п.

Изучены по протоколам КСМЭ данные первичных медицинских документов - истории болезни, карты амбулаторного больного, истории родов, истории развития новорожденного, медицинские карты ребенка, истории развития ребенка, медицинские карты прерывания беременности, карты вызова скорой медицинской помощи, протоколы патологоанатомического исследе-

дования трупа, а так же данные клинических анализов, рентгенологических и других специальных исследований.

Проанализированы также протоколы клинικο- и поликлинико-анатомических конференций, актов ведомственных расследований, приказов руководителей Министерства здравоохранения, отделов здравоохранения и лечебно-профилактических учреждений по фактам допущения дефектов оказания медицинской помощи.

Для полноценного изучения дефектов в оказании медицинской помощи, с учетом особенностей медицинской деятельности, нами была разработана модификация классификации ДМП, предложенной Ю.И. Соседко [11]. В ней отражены специальности, сущность дефектов, причины их возникновения, место их допущения, а также влияние их на исход.

Статистическую обработку полученного цифрового материала производили с помощью пакета статистического анализа электронных таблиц Excel 2003 и MS Office с вычислением средних ошибок для средних арифметических ( $M \pm m$ ). Достоверным считались также различия, когда  $0,01 < P < 0,05$  [1,2,9,12].

**Результаты исследований и их обсуждение.** При судебно-медицинском исследовании качества и своевременности оказания медицинской помощи в процессе проведения КСМЭ важнейшим является выявление сущности ДМП, что осуществляется с помощью включенного в состав экспертной комиссии специалиста соответствующего клинического профиля. В целом, в рассмотренных 1178 случаях были отмечены 1588 ДМП, так как в ряде экспертиз таковых было установлено 2 и более.

В разрезе специальностей чаще ДМП выявлялись в деятельности акушер-гинекологов (25,2%), хирургов (15,2%), травматологов (8,4%), педиатров (7,7%), реаниматологов (6,74%), терапевтов (6,3%), нейрохирургов (4,6%), инфекционистов (3,3%), среднего медицинского персонала (3,1%), гематологов (2,3%), врачей ВТЭК (2,2%) и врачей скорой МП (2,14%), что составило 87,1% ( $P < 0,05$ ) от общего числа всех выявленных ДМП.

По характеру ДМП были выделены 4 группы дефектов: организации, диагностики, лечения, информационно-деонтологические. Абсолютное большинство составили дефекты диагностики и лечения. Они составили соответственно 706 (44,45%) и 466 (29,34%) дефектов из 1588. При анализе сущности ДМП по годам отмечается увеличение количества ДМП с исследуемого 1999 года до 2003 года, с постепенным снижением в последние годы (2007,2008).

Среди дефектов лечения отмечается превалирование дефектов хирургического лечения, ошибки при назначении и проведение медицинских процедур, нерациональное ведение родов, неправильное применение лекарственных средств. Отмечается увеличение числа дефектов лечения с 26,76% и 24,42% в 1999 и 2000г. до 36,58% и 36,36% ( $P < 0,05$ ) в 2005 и в 2008 гг.

Выявленная сущность ДМП с учетом особенностей медицинских специальностей (хирургии, терапии, акушерство-гинекологии, педиатрии и др.) учитывала характерные черты определенной группы специальностей.

Хирургические специальности.

1. Позднее проведение операции.
2. Неправильный выбор метода операции.
3. Недостаточный объем операции.
4. Недостаточный объем инфузионной терапии.
5. Неиспользование консультативной помощи.
6. Проведение операции без ассистента.
7. Недостаточная ревизия при операции.
8. Дефекты анестезии (неправильный выбор метода анестезии).
9. Непроведение показанной операции.
10. Дефекты реанимационного пособия.

Акушерско-гинекологические специальности.

1. Не распознавание акушерско-гинекологической патологии.
2. Не распознавание экстрагенитальных заболеваний
3. Нерациональное ведение родов.
4. Технически неправильное выполнение операции.
5. Неправильный выбор метода контрацепции
6. Нерациональное проведение профилактических мероприятий.

7. Немотивированный отказ госпитализировать больного.

Терапевтические специальности.

1. Дефекты при проведении инструментальных методов обследования.

2. Дефекты санитарно-гигиенического обеспечения.

3. Невыполнение основных и дополнительных методов обследования.

4. Несвоевременное использование консультативной помощи

5. Неиспользование консультативной помощи.

6. Отсутствие динамического наблюдения за больным в отделении.

7. Неправильное применение лекарственной терапии.

Педиатрические специальности.

1. Недооценка тяжести состояния больного ребенка.

2. Недостаточное обследование больного ребенка.

3. Неправильный выбор метода медикаментозного лечения.

4. Неучет антенатального развития ребенка протекавшего на фоне патологии беременности и родов матери.

5. Неадекватное лечение при тяжелом течении заболевания.

6. Дефекты вакцинации.

7. Позднее выявление тяжело больных детей, требующих немедленного стационарного лечения.

Среди дефектов лечения различают следующие виды:

1. поздняя госпитализация;

2. дефекты хирургического лечения;

3. ошибки при назначении и проведении медицинских процедур (в т.ч. нерациональное ведение родов);

4. дефекты медикаментозного лечения;

5. другие дефекты лечения.

Поздняя госпитализация наиболее часто отмечалась в деятельности хирургов и акушеров-гинекологов по 13 (20,3%), нейрохирургов - 9 (14,1%), педиатров 8 (12,5%), инфекционистов 6 (9,4%) ( $P < 0,05$ ).

У хирургов, акушеров-гинекологов, нейрохирургов, реаниматологов анестезиологов на ГЭ это выражалось в необоснованной задержке больных в приемном покое. У педиатров, терапевтов, инфекционистов, травматологов в основном это выражалось на догоспитальном этапе (ДГЭ) - в СВП, районной, городской поликлинике, в длительном консервативном лечении и диспансерном наблюдении больных, нуждающихся в госпитализации в стационар.

Пример 1. Заключение КСМЭ № 85 - 2002

Гр-н К.К., 19 лет. Военнослужащий с болями в животе обратился к начальнику медико-санитарной части воинского гарнизона, который ничего не обнаружил и отправил обратно. Лишь через 10 часов из-за ухудшения состояния обратился к начальнику медицинского пункта, который направил его с диагнозом «Острый живот» в окружной военный госпиталь. Еще через 2 часа был госпитализирован с диагнозом: «Острая кишечная непроходимость, гиповолемический шок, перитонит, острая почечная недостаточность». А еще через 3,5 часа проведена операция - лапаротомия, субтотальная колэктомия. Несмотря на проведенное лечение, через 2,5 суток наблюдался летальный исход. Причина смерти - странгуляционная непроходимость толстого кишечника, разлитой серозно-геморрагический перитонит, кровотечение из толстого кишечника и гиповолемический шок, полиорганная недостаточность.

Наиболее часто дефекты хирургического лечения наблюдались в деятельности хирургов - 39 (37,5%) и акушеров-гинекологов - 36 (34,6%). Намного меньше отмечались в деятельности травматологов - 11 (10,6%), нейрохирургов - 5 (4,8%), урологов и стоматологов - по 3 (2,9%) ( $P < 0,05$ ).

У хирургов это выражалось в позднем проведении операции, неправильном выборе методики оперирования, недостаточном объеме операции, в непроведении показанной операции, в оперировании без ассистента, в недостаточной ревизии и санации при оперативном вмешательстве, в развитии гнойных осложнений (в т.ч. сепсиса) после операции, в оставлении салфеток, кусочков марли, инструментов в теле пациента после оперативного вмешательства. У акушеров-гинекологов - в виде поздней операции, технически неправильного выполнения операции,

непроведение показанной операции, в недостатках санации и ревизии оперируемой области, которые выражались в кровотечениях и гнойных осложнениях при кесаревом сечении и аборте, а также в перфорации матки, оставлении частей плодного яйца, а при оперировании с ампутацией или экстирпации матки отмечались дефекты в виде перевязки мочеточников, недостаточной перевязке кровеносных сосудов, формирования свищей, оставлении салфеток, тампонов, инструментов в оперируемой области. У травматологов отмечались ДМП в виде неправильного выбора метода оперирования, недостаточном объеме операции и позднем ее проведении.

Пример 2. Заключение КСМЭ №55 - 2002.

Гр-ка А.А., 53 года. После дорожно-транспортного происшествия была госпитализирована в отделение экстренной медицинской помощи ЦРБ. Диагностирован открытый перелом правой малоберцовой кости. Произведена первичная хирургическая обработка раны задней поверхности верхней трети правой голени. После процедуры состояние ухудшилось, АД снизилось до 80/60, пульс 100 уд. в 1 мин. Проведена ревизия раны, наложена повязка на голень. Перевод в реанимационное отделение, где через 2 часа наступила смерть больного. Причина смерти - посттравматический и постгеморрагический шок, развившиеся из-за повреждения сосудов и мышц правой голени при открытом переломе правой малоберцовой кости. При хирургическом вмешательстве недостаточная ревизия и гемостаз, не устранен источник кровотечения, не распознан перелом наружного мыщелка правой большеберцовой кости.

Одним из определяющих важных признаков дефектов лечения являются ошибки при назначении и проведении медицинских процедур, а также нерациональное ведение родов. Наиболее часто при назначении и проведении медицинских процедур допускают ДМП акушеры-гинекологи - 60 (40,3%), реаниматологи - 19 (12,8%), хирурги и средний медицинский персонал - 12 (8,1%), травматологи и педиатры по 9 (6,0%) ( $P < 0,05$ ).

У акушеров-гинекологов это в основном выражалось в нерациональном ведении родов, с развитием послеродовых кровотечений, нагноений; необоснованном консервативном ведении родов при необходимости оперативного вмешательства; в результате с травмированием роженицы, плода, наличием дефектов последа, оставлением частей плодного яйца, дефекты при вставлении или удалении внутриматочной спирали (с перфорацией стенки матки, тонкого кишечника, выкидышем, развитием инфекционных осложнений), неправильный выбор метода контрацепции. У реаниматологов-анестезиологов отмечались дефекты при вставлении или удалении подключичного катетера (перфорация подключичной вены, повреждение плевры, легких, развитие кровотечений, инфекционных осложнений, оставление сломанной части катетера в сосуде), недостатки инструментальных методов обследования, неправильная интубация больного, недостаточная анестезия при проведении медицинских процедур (развитие травматического шока, отека гортани), неправильное наложение трахеостомы (с повреждением мягких тканей, сосудов, нервов), дефекты реанимационного пособия. У хирургов в основном отмечались недостатки при проведении инструментальных методов обследования и лечения (эзофагогастродуоденоскопии, гастрофиброскопии, торакоцентезе), с повреждением слизистой пищевода, желудка, кровотечением из язв желудка, двенадцатиперстной кишки; а также при торакоцентезе повреждение плевры, легких и селезенки; недостаточная санация и ревизия при перевязках с развитием инфекционных осложнений; непроведение показанных медицинских процедур на желудочно-кишечном тракте (при ректоманоскопии), неправильное проведение бронхоскопии с повреждением трахеи, бронхов, формированием свищей, развитие гнойных осложнений. У травматологов - ошибки при проведении медицинских процедур выражались в неправильном наложении гипсовых повязок (сдавление, нарушение кровообращения, развитие некроза, гангрены мягких тканей), недостатки при снятии гипсовых повязок (повреждение мягких тканей с развитием инфекционных осложнений вплоть до остеомиелита), неправильное сращивание переломов костей с образованием дефектов; недостаточная санация при проведении перевязок с развитием гнойных осложнений, формированием свищей, неправильная репозиция костных отломков, невправление вывихов костей; недостатки при вправлении вывихов костей с повреждением мягких тканей, суставов.

Пример 3. Заключение КСМЭ №21-2001.

Гр-ка Х.О., 24 года. Госпитализирована в родильное отделение ЦРБ с жалобами на раннее отхождение околоплодных вод. Беременность 38 недель, косое расположение плода. Мертвый плод. Через 3,5 часа проведена эмбриотомия, при этом акушер-гинеколог неправильно принял

ручку плода за ножку. В результате допущен разрыв шейки матки - большая кровопотеря. После вмешательства состояние роженицы стало ухудшаться. Лечебные мероприятия полностью не проведены. Через 6 часов наблюдается смерть роженицы. Причина смерти - постгеморрагический шок, ДВС-синдром. Кровопотеря полностью не восполнена. В данном случае необходимо было производство кесарева сечения. Со стороны акушеров отмечалось нерациональное ведение родов. Высокие показатели недостатков медикаментозного лечения отмечались особенно часто в деятельности реаниматологов - 16 (18,6%), акушеров-гинекологов - 13 (15,1%), среднего медицинского персонала 12 (14,0%), хирургов и педиатров по 9 (10,5%), инфекционистов - 7 (8,1 %) и травматологов - 5 (5,8%) ( $P < 0,05$ ).

Из дефектов медикаментозного лечения более трети составили случаи развития анафилактического шока на введение различных лекарств. Особенно часто это наблюдалось у реаниматологов - анестезиологов, акушеров-гинекологов, педиатров, инфекционистов и у среднего медицинского персонала. Также у хирургов, нейрохирургов, инфекционистов, реаниматологов-анестезиологов наблюдался недостаточный объем лекарственной (инфузионной) терапии. У реаниматологов-анестезиологов, среднего медицинского персонала неправильное введение лекарственных средств, особенно у медсестер, с развитием некроза мягких тканей, гнойных осложнений, сепсиса; нарушение правил санитарии и гигиены при сохранении лекарств. У педиатров и среднего медицинского персонала недостатки при проведении вакцинации детей (неподготовленность детей к вакцинации, недостаточное обследование, неправильное применение, нарушение календаря прививок, выполнение вакцинации на дому у пациента, неумение оказать медико-санитарную помощь при развитии осложнений (анафилактического шока). У акушеров-гинекологов, педиатров, хирургов, нейрохирургов, травматологов невозмещение или недостаточное возмещение кровопотери, недостаточное переливание крови, его компонентов, кровезаменителей, переливание иногруппной крови с развитием серьезных осложнений вплоть до летального исхода пациента. У среднего медицинского персонала - невыполнение назначенной лекарственной терапии, неправильное введение лекарств с нарушением предписанной схемы, введение другого медикамента, непроведение проб при введении антибиотиков, технически неправильное выполнение процедуры с оставлением части сломанной иглы в области инъекции, применении лекарственных средств с прошедшим сроком использования, неправильное хранение лекарственных средств, оставление медикаментов (наркотических и психотропных веществ) в открытом месте. У реаниматологов-анестезиологов, хирургов, педиатров предписание непоказанных медикаментов, применение сильнодействующих лекарств, отсутствие профилактики дисбактериоза (при длительной антибиотикотерапии) с развитием грибковых осложнений.

Пример 4. Заключение ДКСМЭ №99- 2001.

Гр-ка О.О. После употребления консервированных овощей, на следующий день отмечалось раздвоение в глазах. Обратилась в СВА через 2 суток, где поставлен диагноз: «Острый гастрит», промыт желудок. Направлена в ЦРБ, где в приемном отделении поставили диагноз: «Пищевое отравление» и не госпитализировав направили в инфекционную больницу. В инфекционной больнице поставили вначале диагноз: «Острый гастроэнтерит, тяжелая форма». Лишь позже установили развитие «Ботулизма» и ввели всего лишь одну дозу противоботулинической сыворотки, хотя в подобных случаях показано введение не менее 8 доз. На следующий день наступил летальный исход. Причина смерти - ботулизм.

Другие дефекты лечения прослеживались чаще в деятельности акушер-гинекологов - 12 (19,0%), хирургов и педиатров по 10 (15,9%), травматологов 9 (14,3%), реаниматологов - 8 (12,7%), инфекционистов - 3 (4,8%) ( $P < 0,05$ ).

В разрезе специальностей это выражалось у акушеров-гинекологов – в проведении криминального аборта при больших сроках беременности, немотивированный отказ госпитализировать больного, неиспользование консультативной помощи, повреждении матки при ее выскабливании. У хирургов - неиспользование консультативной помощи, неправильное и несвоевременное проведение консультации, повреждение при оперативном вмешательстве соседних органов и тканей, неоказание помощи больному, отказ госпитализировать больного. У травматологов неправильное наложение шин, подвесок при переломах костей, неиспользование консультативной помощи, консервативная терапия при необходимости оперативного вмешательства. У педиатров необоснованный отказ госпитализировать больного, неполноценное лекарст-

венное обеспечение при тяжелых состояниях больных, отсутствие динамического наблюдения за больным в стационаре, неиспользование консультативной помощи. У реаниматологов неиспользование и отсутствие консультаций, самонадеянность при проведении медицинских процедур без ассистента (вставление подключичного катетера, наложение трахеостомы), неоказание медицинской помощи экстренному больному, длительная и выжидательная тактика. У инфекционистов - отказ госпитализировать больного, неоказание экстренной помощи больному, длительное динамическое наблюдение без проведения консультаций с другими специалистами.

### Выводы

1. По характеру ДМП отмечается преобладание дефектов лечения в виде ошибок при назначении и проведении медицинских процедур (в т. ч. нерациональное ведение родов), дефектов хирургического лечения, дефектов медикаментозного лечения.

2. В разрезе специальностей - ДМП лечения чаще наблюдаются в деятельности акушер-гинекологов, хирургов, реаниматологов, травматологов, нейрохирургов.

3. В последние годы исследования (2006, 2008гг.) отмечается снижение числа допускаемых ДМП, но вместе с тем по сравнению с другими видами ДМП по характеру наблюдается преобладание дефектов лечения.

4. Выявлены определенные особенности дефектов лечения в разрезе специальностей различного профиля.

### Литература

- 1) Айвазян С.А., Енюков И.С., Мешалкин Л.Д. «Основы моделирования и первичная обработка данных. - Прикладная статистика», - М., «Финансы и статистика», 1983, 471 с
- 2) Айвазян С.А., Бухштабер В.М., Енюков И.С., Мешалкин Л.Д. «Классификация и снижение размерностей. - Прикладная статистика», - М., «Финансы и статистика», 1989, 607 с.
- 3) Акопов В.И. Врач и больной: мораль, право, проблемы// Институт массовых коммуникаций. - Ростов-на-Дону, 1994 - 192 с.
- 4) Буромской И.В. Кильдюшов Е.М. Предложение по стандартизации терминологии, используемой при оценке качества оказания медицинской помощи // Судебно-медицинская экспертиза, 2007, № 3, с. 17-20.
- 5) Гиясов З.А., Махмудов М.А., Ким Л.А., Холматов З.Б. Анализ дефектов акушерско-гинекологической помощи по материалам судебно-медицинской экспертизы. // Клиническая медицина, 2001, № 5-6, с.35-37.
- 6) Гиясов З.А., Рахимжонов Ж.Н. Суд-тиббий экспертиза материаллари буйича хирурглар фаолиятидаги тиббий ердм нуксонларининг (ТЕН) тахлили. // Матер. науч.-практ. конференции, посвященной 70-летию орг-ции каф. суд.медицины СамГосМИ - Ташкент - Самарканд, 2004, с.54-57.
- 7) Дмитриева О.А., Федченко Т.М., Гончаренко Д.В., Юртаева Е.А., Пичугин А.П. Судебно-медицинские акушерско-гинекологические экспертизы по делам, связанным с профессиональными правонарушениями медицинских работников // Судебно-медицинская экспертиза, 2007, №4, с.24-27.
- 8) Исакова И.В. Опыт индивидуальной комплексной оценки профессиональной и общественной деятельности работников скорой медицинской помощи.// Здравоохранение Российской Федерации - 1990. №12, с. 36-38.
- 9) Кокс Д., Снелл Э. «Прикладная статистика. Принципы и примеры», -М., «Мир», 1984, 200 с.
- 10) Рахимжанов Ж.Н. Жаррохлар фаолиятидаги камчиликларнинг эксперт тахлили // Современные аспекты СМЭ и криминалистики. Тез. докл. Респ. науч.- практ. конф. – 21 декабря 2006 -Ташкент, с. 173-175
- 11) Соседко Ю.Н. Работа судебно-медицинского эксперта по выявлению и профилактике дефектов медицинской помощи // Военно-медицинский журнал, 1991, №3, с. 33-37.
- 12) Статистические методы для ЭВМ. Под ред. К. Энслейна, Э. Рэлстона, Г. С. и. фа: Пер. С англ./Под ред. М. Б. Малютова. -, М, «Наука», 1986, 463 с.
- 13) Томилин В.В., Соседко Ю.И. Обоснование основных понятий дефектов оказания медицинской помощи. // Судебно-медицинская экспертиза, 2000, № 6, с. 4-8.
- 14) Пашимян Г.А., Беляева Е.В., Ромодановский П.О. Об оценке качества медицинской помощи при причинении вреда здоровью в случаях неблагоприятных исходов. // Судебно-медицинская экспертиза - 2000, № 2, с. 14-18.
- 15) Пашимян Г.А., Беляева Е.В., Зайцев В.В., Малый А.Ю., Ромодановский П.О., Скребнев А.В., Суворова Т.Н., Тучик Е.С., Чернявская З.П. Судебно-медицинская экспертиза по гражданским искам пациентов на некачественное оказание стоматологической помощи // Судебно-медицинская экспертиза, 2000, № 6, с. 8-13.

### Хулоса

Маколада тиббий ходимларнинг касбий ҳуқуқбузарликлари буйича утказилган 2369 комиссиян суд-тиббий экспертиза хулосалари материаллари тахлил қилинган. Тиббий ердм курсатишда аниқланган нуксонлар орасида даволаш нуксонлари (29,34%) етакчи урин эгаллайди. Тиббий мутахассислар касб хусуси-

ятлари (жаррохлик, терапия, акушерлик-гинекология, педиатрия ва б.) инobatга олинган холда йул куйилган нуксонлар мохияти аникланган.

#### Summary

Materials 2369 of commission of experts carried out for professional legal violation by medical staff have been analysed in the article. Among revealed defects of rendering of medical aid the defects of treatment (29,34%) are of vital importance. The character of making mistakes, taking into consideration medical specialties, (surgery, therapy, obstetrics and gynecology, pediatrics et cet.) has been determined.

Махмудова Х.,  
Бозоров Б.,  
Ражамуродов З.

### СЕЗОННАЯ ДИНАМИКА ОБЩЕГО КОЛИЧЕСТВА ЛЕЙКОЦИТОВ И ИХ ПРОЦЕНТНОЕ СООТНОШЕНИЕ У КОЗ РАЗНЫХ ПОРОД

Самаркандский Государственный университет

В начале XX века в Узбекистан в целях увеличения мясной, шерстной и других продуктов сельскохозяйственных животных, были привезены различные по направлению продуктивности породы животных, в том числе молочные, шерстные и пуховые козы.

Организмы привезенных животных своеобразно реагируют на влияние факторов внешней среды. Известно, что с кормом, водой и воздухом в организм животного проникают различного рода вещества, отрицательно влияющие на проявление его физиологических функций. Главная черта экологической патофизиологии проявляется в угнетении специфических и неспецифических механизмов защиты организма, повреждении его генетической информации, нарушении физических, химических и биологических процессов в обмене веществ и энергии (Родионов и др. 1998).

Следует также подчеркнуть, что при развитии информационного процесса, борьба между макро- и микроорганизмами происходит в определенных условиях внешней среды, которые оказывают соответствующее влияние как на резистентность животного, так и на вирулентность микроба - возбудителя инфекции (Коваленко и др., 1973; Филлипов, 1960).

В связи с этим для повышения естественной резистентности организма и продуктивности животных используют высокоэффективные биологические активные вещества (различные синтетические, биотехнологические и природные вещества). Они способствуют лучшему усвоению кормов, нормализации обменных процессов и стимуляции клеточных и гуморальных факторов неспецифической защиты, повышающих способность организма противостоять воздействию неблагоприятных факторов внешней среды (Оспанова и др., 1999; Сивожелезова и др., 1998 и 1999; Кузюков, 1999; Кабиров, 2000; Ермаков, 2001).

Известно, что климатические и кормовые факторы оказывают комплексное воздействие: на резистентность организма животных, воспроизводительную функцию и их продуктивность (Плященко и др., 1987).

Многими исследователями подчеркивается, что эти воздействия происходит прямыми и косвенными путями. Прямые климатические нагрузки связаны с различными воздействиями: очень высоких или низких температур, солнечной радиации, дождя и ветра, атмосферного давления, магнитного поля и т.д. Косвенное влияние осуществляется через почву, воду, количество и качество кормов (Эрнст и др., 1974; Волохов, 1997; Кабиров, 2000).

Перемещение животных из одной экологической зоны в другую влечёт за собой изменение условий среды обитания. Каждый фактор внешней среды существенно влияет на проявление как продуктивных, так и адаптивных возможностей организма, но особенно сказывается их комплексное воздействие. (Родионов и др., 1998; Каштанов, 1999).

В подобной ситуации одни и те же факторы в одно и то же время для одних индивидуумов или особей могут являться обычными, а для других экстремальными. При этом различия определяются не только спецификой раздражителя, но и свойствами организма (Слоним и др., 1979; Шкарин и др., 1998).

В связи с этим необходимо подчеркнуть, что процесс адаптации протекает исключительно на фенотипическом уровне и для приспособления организма к изменениям среды обитания в этом случае может использоваться только та информация, которая уже содержалась в его геноме с самых первых дней жизни (Хочачка и др., 1998).