

ВОПРОСЫ МЕДИКО-ПРАВОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

М. В. ЛЯДОВА, Е. С. ТУЧИК

¹ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Минздрава России, Москва

Городская клиническая больница № 1 им.Н.И.Пирогова, РФ, Москва

Информация об авторах:

Лядова Мария Васильевна – Городская клиническая больница №1 им.Н.И.Пирогова, РФ, г. Москва; e-mail: mariadoc1@mail.ru

Тучик Евгений Савельевич – Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, РФ, Москва, e-mail: rsmu@rsmu.ru

Авторами статьи выполнено исследование по медико-правовой проблеме качества оказания экстренной травматологической помощи с целью изучения случаев, связанных с профессиональными правонарушениями медицинскими работниками на основе анализа судебно-медицинских экспертиз, проведенных в бюро судебно-медицинской экспертизе ДЗМ за последние четыре года (2012-2015 гг.) по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с оценкой качества медицинской помощи пострадавшим с травмами опорно-двигательного аппарата (ОДА), и медицинской документации пострадавших с сочетанной травмой. Указаны основные критерии ведения пострадавших с травмами опорно-двигательного аппарата, который могут повлиять на исход заключений комиссионных экспертиз в случае возникновения конфликтной ситуации.

Ключевые слова: экстренная травматологическая помощь, качество лечения, юридическая ответственность, комиссионные судебно-медицинские экспертизы.

Оказание экстренной помощи больным травматологического профиля в условиях мегаполиса – одна из насущных проблем в организации системы современного здравоохранения [1]. Сложность в выборе подходов к ее решению заключается в многообразии причин, ее формирующих. Прежде всего, свой отпечаток накладывают социальные условия, в которых оказывается экстренная помощь. С одной стороны, бурный рост городской инфраструктуры способствует открытию новых медицинских учреждений, в которых должны быть предусмотрены отделения по оказанию экстренной медицинской помощи больным травматологического профиля; с другой стороны, по итогам оптимизации системы здравоохранения число стационарных травматологических коек в Москве сокращено на 16,6% [2]. Расширение городов ведет к росту численности населения и, как следствие, усложнению дорожно-транспортной обстановки, которая, как показывают статистические данные, является ведущей причиной получения сочетанных и множественных травм [3]. Следует отметить, что особенностью состояния пациентов, поступающих в ЛПУ с острыми травмами опорно-двигательного аппарата (ОДА) является течение травматической болезни, которое характеризуется быстротечностью развития острых патологий, что требует особых подходов к организации, характеру и порядку использования медицинских ресурсов. Несмотря на то, что с каждым годом экстренная травматологическая помощь становится более специализированной, технологически оснащенной, количество вопросов по качеству ее оказания только возрастает [4]. Для принятия организационных решений по улучшению качества оказания экстренной травматологической помощи необходим детальный

анализ нормативно-правовой и медицинской документации пострадавших этого профиля.

Нами проведен анализ 43 комплексных судебно-медицинских экспертиз (СМЭ) в отношении потерпевших с травмами ОДА, выполненных по материалам уголовных и гражданских дел по искам о возмещении ущерба в связи с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, 300 первичных заключений эксперта, оформленных по результатам производства судебно-медицинских экспертиз по установлению степени тяжести вреда, причиненного здоровью потерпевших с механическими травмами; проанализировано 50 медицинских карт стационарных больных с сочетанной и множественной костной травмой в период с 2012-2015 гг. Анализ материалов исследования и обобщение его результатов проводился на основе действующих законодательных и нормативных актов, регламентирующих организацию и порядок оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим на догоспитальном и госпитальном этапах

Согласно принятому в 2011 г. Федеральному закону № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» права пациентов являются приоритетными [5]. Сегодня на врача лежит груз не только «моральной» (за жизнь пациента), но и юридической ответственности.

Как показал анализируемый материал, число претензий к врачам-травматологам в последние годы возрастает. Так, если в 2012 г. доля претензий к ним составляла 6,3% от общего числа всех комиссионных экспертиз, то в 2015 г. – около 10% [6]. При этом доля дефектов травматологической помощи на госпитальном этапе составляет 90%, а на догоспитальном – 10%. Статис-

тические данные показали, что 90% больничной летальности связано именно с экстренным характером госпитализации больных травматологического профиля.

Согласно последним исследованиям в области медицинского права, выявленные при оказании медицинской помощи дефекты, можно разделить на основные группы [7]:

- 1) дефекты при сборе информации,
- 2) дефекты при диагностике,
- 3) дефекты при лечении,
- 4) дефекты на этапе преемственности.

По данным анализа комиссионных СМЭ больше всего дефектов при оказании экстренной травматологической помощи возникает на этапе исследования (до 55,6%), далее: 35% – из-за не оптимального использования клинических ресурсов лабораторной и инструментальной диагностики; 9,4% – на этапе обследования (отказ от привлечения врачей-консультантов).

Следует отметить, что значительную долю претензий, разбираемых в судебном порядке, составляли случаи, когда пациент (или его родственники) считал, что риск вмешательства (или отказа от вмешательства) был ему недостаточно разъяснен. В 67–79% случаях к возбуждению уголовных дел или предъявлению гражданского иска служили жалобы потерпевших или их родственников, причем максимальная продолжительность периода от подачи иска до окончательного расследования независимо от наличия или отсутствия дефектов медицинской помощи составляла от 800 до 1000 дней. Согласно закону, поводом для возбуждения гражданского или уголовного служит не только факт взаимодействия медицинского персонала и пациента – служебного или профессионального, но и наличие у пациента вреда здоровью вследствие этого воздействия. Степень тяжести этого вреда может повлечь уголовную ответственность, либо ограничиться его возмещением. Юридическая ответственность, с учетом тяжести противоправных действий медицинского персонала (если она доказана) квалифицируется по соответствующим статьям УК РФ [8]: халатность (ст. 293 УК РФ); причинение смерти по неосторожности (часть 2, ст. 109 УК РФ); причинение вреда здоровью по неосторожности (ст. 118 УК РФ); неоказание помощи больному, оставление в опасности (ст. 124, 125 УК РФ).

На основании анализа комплексных экспертиз по делам пострадавших с травмами ОДА вина медицинских работников признана в 50,0% случаях (согласно заключениям эксперта, оформленным по результатам проведения 18 комиссионных судебно-медицинских экспертиз). Причинно-следственная связь между виной медицинского работника и исходом лечения установлена в 15,8% случаев, в 10,5% причинно-следственную связь установить не удалось. Следует отметить, что в ряде экспертиз по рассмотрению дел по оказанию экстренной травматологической помощи привлекались эксперты других специальностей, т.е. выполнялась комиссия с привлечением нескольких специалистов: хирургов – 2 случая; реаниматологов – 3 случая; нейрохирургов – 1 случай.

По данным проведенных исследований все неблагоприятные исходы экстренной травматологической помощи можно сгруппировать следующим образом:

а) летальный исход непосредственно в процессе лечения в ЛПУ или в очевидной временной связи с ним;

б) ухудшение состояния здоровья пациента во время госпитализации (амбулаторного лечения) или в очевидной временной связи с ним;

в) отсутствие динамики заболевания или неудовлетворенность пациента ее развитием.

Действие или бездействие врача, зависящее от самого врача, заключается в правильной или неправильной диагностике, неправильном лечении заболевания, а также действиях деонтологического характера. В таких случаях комиссией рассматриваются вопросы правильно собранных жалоб, данных анамнеза, изложение результатов осмотра, обоснованности диагноза. Ключевым моментом является наличие четкого плана лечения и обследования, соответствие лечения научно обоснованным стандартам, грамотное ведение дневников. Однако есть обстоятельства, которые не зависят от действия или бездействия врача. Это неудовлетворенность научно-практической разработанности методов лечения, состоянием материально-технической базы медицинского учреждения, организацией в нем лечебного процесса, возможности или невозможности использования в интересах больного материально-технической базы других ЛПУ.

Одним из важных этапов является регистрация взаимоотношений путем составления договоров, листов согласия с планом лечения, на различные вмешательства у разных специалистов, которые включены в сферу государственных услуг, что в значительной мере упрощает экспертную оценку [9]. Если же эта документация отсутствует, то это расценивается как ограничение прав граждан на выбор лечащего врача, медицинского учреждения и высокотехнологичной медицинской помощи. Вторым этапом оценки является изучение результатов клинического анализа, при этом обращается внимание на соответствие проведенного лечения стандартам оказания помощи. На третьем этапе проводится анализ результатов ведомственной оценки качества оказания МП. Оценивается информация о соответствии проведенного лечения в данном ЛПУ, а также сведения о нарушениях организации труда. Затем идет изучение нормативных актов и научной литературы [10]. Проводится сопоставление оказанной помощи с рекомендациями с точки зрения современной науки, а также с теми нормативами ее оказания, которые предусмотрены Программой государственных гарантий. При экспертной оценке исследуют устав ЛПУ, его штатное расписание, положение о структурном подразделении, положение о деятельности врача, примерный табель материально-технического оснащения. Следующий этап - это установление причин и вида неблагоприятного исхода. Наконец, проводится обобщение полученной информации. Для получения объективного мнения экспертная комиссия должна:

а) оценивать действия врача как правильные или неправильные на основании этапного сравнительного анализа всех источников информации, не используя в выводах экспертизы термины «дефект», «ошибка», которые несут за собой термин вины;

б) оценивать причинно-следственную связь неблагоприятного исхода в виде вреда здоровью с учетом медико-биологических критериев вреда здоровью.

При выявлении причинно-следственной связи неблагоприятного исхода с нарушениями лечебного процесса комиссия должна вынести соответствующее заключение, а его последствия оценить по степени тяжести вреда, причиненного здоровью, в соответствии с судебно-медицинскими критериями.

Ретроспективный анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам врачей травматологов показал, что нарушения врачами-травматологами можно систематизировать последующим этапам оказания МП: тактико-диагностический, лечебный, информационно-деонтологический, организационный, комплексный. При этом преобладают информационно-деонтологические и тактико-диагностические ошибки, которые составляют большую часть (67,6%) от всех комиссионных СМЭ по делам оказания травматологической помощи.

В то же время, как показывают исследования, причина неблагоприятного исхода может быть не только от действий или бездействий медицинского персонала, но и самого больного. Под действием или бездействием больного подразумевается: отказ от медицинского лечения, позднее обращение, включая крайне тяжелое состояние, асоциальное поведение, отказ больного от каких-либо вмешательств или перевода в другое ЛПУ. Также неблагоприятный исход при оказании экстренной травматологической помощи не всегда связан с профессиональными правонарушениями со стороны медицинских работников. По результатам проведенного исследования неблагоприятный исход при оказании травматологической помощи в 15,7% был обусловлен объективными причинами.

Объективными факторами, которые могут обусловить неблагоприятный исход в оказании травматологической помощи, на основании изученного материала являются:

- тяжелое состояние больного (3 случая);
- кратковременность пребывания его в отделении (2 случая);
- тяжелое психиатрическое состояние пациента (1 случай);
- наличие сочетанной и тяжелой соматической патологии (2 случая).

Таким образом, можно выделить основные направления в ведении пострадавших с травмами ОДА, которые могут повлиять на результаты комиссионных судебно-медицинских экспертиз в случае возникновения конфликтной ситуации значимые в медико-правовом отношении:

- внесение записей в истории болезни об анамнезе жизни и заболевания в полном объеме, условиях получения травмы тела;
- отражение в истории болезни динамики течения травматической болезни;

- отражение в истории болезни нарушений режима и рекомендаций лечащего врача;

- соблюдение комплексного обследования у пострадавших с тяжелой сочетанной и множественной травмой в рамках «damage control», с оформлением консилиумов в случае необходимости выполнения оперативного лечения превалирующей травмы;

- полноценное информирование пациента и ближайших родственников (с согласия пациента) о течении травматического процесса, в том числе с отражением и неблагоприятного течения болезни.

Список литературы

1. **Миронов С.П.** Травматизм, ортопедическая заболеваемость, состояние травматолого-ортопедической помощи населению России в 2012 г. М.: Телер, 2013, 86 с.
2. **Отчет** о работе Московского городского фонда обязательного медицинского страхования в 2014 году [Электронный ресурс] / URL: http://www.mgfoms.ru/system/files/otchet_2014.pdf (дата обращения 10.03.2015)
3. **Плавунов, Н.В. с соавт.** Организация оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях в городе Москве // Медицина катастроф. 2011. № 3. С. 32–35.
4. **Блаженко, А.Н., Завражнов А.А., Дубров В.Э.** Оценка информативности методов диагностики сочетанных и множественных повреждений в остром периоде политравмы в условиях травмоцентра 1-го уровня // Скорая медицинская помощь. 2011. № 4. С. 68–78.
5. **Печатников Л.** Необходимо обеспечить людям доступность медицинской помощи // Московская медицина. 2015. №1(4). С. 5–10.
6. **Судебно-медицинская** оценка качества оказания экстренной травматологической помощи потерпевшим / Е.С. Тучик, Е.М. Кильдюшов, М.В. Лядова, С.В. Гусева // Московский хирургический журнал. 2015. №3 (43). С.16–20.
7. **Сергеев Ю.Д., Ерофев С.В.** Экспертно-правовые аспекты ненадлежащего оказания медицинской помощи // Медицинское право. 2014. №6. С.3–8.
8. **Уголовный кодекс** Российской Федерации [Текст]: текст с изм. и доп. на 20 октября 2012 г. М.: Эксмо, 2012, 176 с. (Законы и кодексы).
9. **Иванов, А.В.** Информирование пациента медицинской организацией: как избежать ошибок // Здоровоохранение. 2014. № 3. С. 78–86.
10. **Ковалев А.В., Плетянова И.П., Фетисов В.А.** Пределы экспертной компетенции в оценке нарушений требований ведомственных нормативных правовых документов при проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» в уголовном судопроизводстве // Судебно-медицинская экспертиза. 2014. № 5. С. 21–24.

HEALTH ISSUES LEGAL SUPPORT EMERGENCY TRAUMA CARE

M. V. LYADOVA, E. S. TUCHIK

The Pirogov's municipal clinical hospital No. 1, Moscow

The authors performed a study on medico-legal problem of the quality of emergency trauma care with the goal of studying cases of professional offences of medical workers on the basis of the analysis of forensic examinations conducted in the Bureau of forensic medical expertise of DHM in the past four years (2012-2015) on materials of criminal and civil cases related to the assessment of quality of medical aid to victims with injuries of the musculoskeletal system (ODE), and medical records of victims with combined trauma. Identifies the main criteria of reference of victims with injuries of the musculoskeletal system, which may affect the outcome of the Commission's findings of examinations in the case of a dispute.

Key words: emergency trauma care, quality of care, legal liability, the Commission is judicial medical examination.