

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ ПРИ ПРОВЕДЕННІ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТРУПІВ ОСІБ, ПОМЕРЛИХ В ЛІКУВАЛЬНО- ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДАХ

Плетенецька Аліна Олександрівна,
куратор інтернатури зі спеціальності «судово-медична експертиза»,
доцент кафедри судової медицини та медичного права Національного
медичного університету імені О.О. Богомольця, кандидат медичних наук

Гейко Ярослав Ігорович,
лікар-інтерн зі спеціальності «судово-медична експертиза»
кафедри судової медицини та медичного права
Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Проведення судово-медичної експертизи тіл потерпілих, померлих у стаціонарі, інколи передбачає оцінку якості проведеного лікування, а у випадках дефектів надання медичної допомоги завжди неоднозначно сприймається медичною спільнотою. Судово-медична експертиза призначається у рамках кримінального провадження за статтями 139,140 Кримінального Кодексу України [1] і проводиться згідно Правил, затверджених Наказом МОЗ України №6 від 17.01.1995 року [2]. Колегіальність лікарів та бажання захистити колегу інколи штовхає їх на внесення недостовірної інформації до медичної документації, а саме до «Медичної карти стаціонарного хворого» (ф. № 003/о), чим порушується наказ МОЗ № 110 від 14.02.2012. [3] та вчинюються правопорушення, передбачені ст. 366 Кримінального Кодексу України [4].

Мета роботи: виявлення дефектів у заповненні медичної документації стаціонарним хворим. Матеріалами були «Висновки експерта» з архівів Київського міського клінічного бюро судово-медичної експертизи (КМКБСМЕ) (відділу експертизи трупів та комісійного відділу), які містили дані з медичних карт померлих у стаціонарі хворих (89 випадків).

При аналізі експертиз було виявлено, що розходження даних медичної документації з даними, отриманими при розтині трупів, було знайдено у переважній більшості випадків – 53 випадки, що склало 59,6%. Серед дефектів заповнення медичної документації нами було виділено наступні: некоректно вказаний діагноз, невірно вказаний/не вказаний час огляду або маніпуляції, наявність даних про проведення певних оперативних/реанімаційних заходів (що не підтверджувалося при аутопсії трупа), відсутність інформації про дефект, який було допущено при наданні медичної допомоги (розрив стравоходу при інтубації тощо) та інші.

Так при проведенні експертизи померлого чоловіка, безхатька, у МКБСМЕ, доставленого із Київської міської клінічної лікарні в супровідній документації додавалась медична карта стаціонарного хворого, в посмертному

епікризі якого було вказано: «Забій головного мозку тяжкого ступеня тяжкості. Перелом основи черепа. Субарахноїдальний крововилив. Травма м'яких тканин обличчя», покійний пробув в стаціонарі 4 доби. В ході судово-медичної експертизи трупа не були виявлені ознаки перелома основи і субарахноїдального крововиливу, навпаки були знайдені ознаки гострої серцевої - легеневої недостатності, хронічної ішемічної хвороби серця, що стали основною причиною смерті. Дані нозології не були вказані у посмертному епікризі і не були проведені дослідження для їх діагностики.

При проведенні ще однієї експертизи (комісійної) в медичній документації пацієнту було встановлено діагноз «Знепритомлення», було відмічено неврологічну симптоматику у вигляді анізокорій, брадикардії та «світлого проміжка», що свідчило про стиснення головного мозку. Проте, невропатологом, реаніматологом та лікарем приймального відділення було вказано про відсутність ознак черепно-мозкової травми. На розтині ж було виявлено важку черепно-мозкову травму у вигляді лінійного перелому тім'яної кістки, у цій же ділянці забою головного мозку важкого ступеню, епідуральної гематоми 100 мл, ділянка протиудару у вигляді забою головного мозку важкого ступеню та субарахноїдальний крововилив з протилежного боку, що і стало причиною смерті. Крім того, на тілі лікарями не було описано чисельних ушкоджень у вигляді крововиливів та саден, які, найімовірніше, виникли при падінні на сходах.

Отже, використання недостовірних даних про відображення стану здоров'я пацієнта має місце в системі охорони здоров'я України і зустрічається вкрай часто при проведенні судово-медичних експертиз. З метою запобігання таким недостовірним даним, а також можливості виправлення інформації, має право на життя ідея, про створення єдиної державної бази медичної інформації, куди вносились б дані про здоров'я людини на всьому маршруті пацієнта, починаючи від первинної ланки і далі.

Література

1. Кримінальний процесуальний кодекс України [Електронний ресурс]/ Відомості Верховної Ради України (ВВР) – К., 2014, – № 46. –ст.2046— Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua>

2. Плетенецька А. О. СУДОВО-МЕДИЧНА ОЦІНКА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА КРИМІНАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗА СТАТТЯМИ 139 ТА 140 КК УКРАЇНИ [Електронний ресурс] / А. О. Плетенецька – Режим доступу до ресурсу: <http://elar.naiu.kiev.ua/bitstream/123456789/15886/1>

3. ІНСТРУКЦІЯ щодо заповнення форми первинної облікової документації № 003/о “Медична карта стаціонарного хворого № __” [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0662-12#Text>.

4. КРИМІНАЛЬНИЙ КОДЕКС УКРАЇНИ [Електронний ресурс] // № 25 - 26. – 2001. – Режим доступу до ресурсу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14>.