

**ПИТАННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЇЇ
ЮРИДИЧНОЇ ОЦІНКИ В УКРАЇНІ
(ЗА ДАНИМИ КОМІСІЙНИХ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ)**

Плетенецька А.О., асистент кафедри судової медицини НМАПО імені
П.Л. Шупика, кандидат медичних наук

Кондратенко В.Л., начальник ДУ «Головне бюро судово-медичної
експертизи МОЗ України»

Легедза А.В., перший заступник начальника ДУ «Головне бюро судово-
медичної експертизи МОЗ України»

Щороку у світі реєструються випадки смерті людей внаслідок помилок, допущених медичними працівниками в зв'язку з виконанням ними професійних обов'язків. Наприклад, у США внаслідок так званої «лікарської помилки» щороку гинуть від 7 000 до 9 000 людей. Загальна вартість догляду за постраждалими пацієнтами щороку перевищує 40 мільярдів доларів [1]. В Україні офіційна статистика з цього питання відсутня, але окремі випадки негативних наслідків наякісного лікування все частіше висвітлюються у засобах масової інформації [2]. Для об'єктивної та вірної оцінки надання медичної допомоги, судово-медичним експертам, на яких покладено таке завдання, слід ретельно вивчати всі тонкощі цієї допомоги на кожному етапі з урахуванням вимог чинного законодавства України [3, 4, 5, 6, 7]. На особливостях правового врегулювання лікарської діяльності наголошено також і у роботах науковців юристів і лікарів [8, 9, 10]. Тому для вірної правової оцінки потрібно не тільки виявити наявність дефектів надання медичної допомоги, а і зрозуміти їх причини, проаналізувавши у динаміці на кожному етапі обсяг, тактику, повноту, своєчасність призначених та виконаних хворому лікувально-діагностичних заходів.

Саме з цією метою було досліджено 98 медичних карток стаціонарних хворих у випадках розбіжностей клінічного та судово-медичного діагнозів за

основним діагнозом та ускладненнями для виявлення основних причин невірної встановленого діагнозу за даними багатопрофільної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги (ЛШНМД) м. Києва за поточні 7 років. Хворі надходили до лікарні з підозрою на травму та отруєння та перебували на лікуванні у токсикологічному, нейрохірургічному відділенні і у відділенні політравми. Обробка та аналіз даних проводилися в програмних пакетах OpenOffice (Base, Calc, Writer, Draw, Math), GNU Octave зі збереженням вихідних документів у форматі *.doc, *.xls. Встановлені у різних відділеннях діагнози були розподілені на три групи: захворювання, травма та отруєння. При цьому співпадіння клінічного та судово-медичного діагнозів (захворювання—захворювання, травма—травма, отруєння—отруєння) склало загалом 3 (3,1%), неповне співпадіння —15 (15,3%), неспівпадіння — 80 (81,6%).

У відділенні токсикології у 53,9% ставився діагноз отруєння, у той час, як причиною смерті було захворювання (53,9 %). Тут найбільш частими клінічними діагнозами з вказаних були отруєння алкоголем та невідомою речовиною (загалом 9 випадків — 69,2 %), що стало безпосередньою причиною смерті лише у 2-х випадках. У решті ж випадків безпосередньою причиною смерті стали панкреанекроз, цироз печінки та переохолодження. Слід зазначити, що лікування, зазвичай відповідало клінічному діагнозу. Втім, при панкреанекрозі хворі потребували ще і оперативного втручання, а при ураженнях печінки—призначення гепатотропних препаратів, чого зроблено не було. Що ж стосується фактичної причини смерті від переохолодження, то лікування не було обрано вірно, а було спрямоване тільки на дезінтоксикацію. Слід зазначити, що у даному відділенні лікарями ставився один діагноз в 6 випадках з 13 (46,2%), причому з них тільки у 2-х випадках клінічний діагноз співпадав з судово-медичним—отруєння та захворювання. У решті ж випадків лікарями встановлювалося 2 діагнози, та більше, причому у більшості випадків (61,5%) діагноз все ж таки не був встановлений вірно.

У відділенні нейрохірургії у 77,8% ставився діагноз травми, у той час, як причиною смерті було захворювання (77,8%). Тут найбільш частими

клінічними діагнозами з вказаних (39 випадків з 54) була черепно-мозкова травма (ЧМТ) різних клінічних форм —72,2%, причому у 23,1% з них безпосередньою причиною смерті було цереброваскулярне захворювання, а у 17,9% —переохолодження. У решті випадків судово-медичні діагнози були найрізноманітнішими. При оцінці лікування слід зазначити, що у випадках причини смерті від цереброваскулярного захворювання за наявності клінічного діагнозу ЧМТ лікувально-діагностична тактика загалом була обрано вірно. Що ж стосується решти випадків, то лікувально-діагностичні заходи, обрані згідно з встановленими діагнозами, зовсім не відповідали фактично наявній у хворих патології. Слід зазначити, що у всіх випадках у даному відділенні лікарями встановлювалося 2 та більше діагнозів, причому жоден з діагнозів повністю не співпав з судово-медичним.

У відділенні політравми у 83,9% ставився діагноз травми, у той час, як причиною смерті було захворювання (87,1%). Тут найбільш частими клінічними діагнозами з вказаних були закрыта травма грудей та живота (загалом 19 випадків з 31 - 61,3%) при найрізноманітніших варіантах безпосередньої причини смерті, встановленої при судово-медичній експертизі, найчастіше з яких все ж таки був панкреанекроз (36,8%). При оцінці лікування можна відмітити, що лікувально-діагностичні заходи було обрано згідно з встановленими діагнозами, що зовсім не відповідало фактично наявній у хворих патології. Слід зазначити, що з 31 випадку у даному відділенні один діагноз лікарями ставився в 1 випадку. У решті ж випадків лікарями було встановлено 2 та більше діагнозів, причому у більшості випадків (90,7%) діагноз все ж таки не був встановлений вірно.

При лікуванні пацієнтів у різних відділеннях комплекс аналізів, додаткових досліджень та оглядів спеціалістів при однакових діагнозах був мінімальним та виключно у всіх випадках різним, що підтверджувало відсутність єдиного підходу до діагностики патологічних станів. З іншого ж боку, мінімальний обсяг досліджень був обумовлений наступними причинами: 1. короткий час знаходження хворих у стаціонарі при тяжких патологіях; 2.

затримка у проведенні досліджень з невідомих причин за наявності показань. У всіх відділеннях лікарями встановлювався переважно діагноз травми (або отруєння), коли причиною смерті було захворювання. У той же час, враховуючи відсутність досліджень, необхідних для підтвердження травматичного генезу, можна відмітити, що такі діагнози встановлювалися лікарями необ'єктивно.

Лікування, призначене хворим, було етіопатогенетично обрано тільки у небагатьох випадках: випадки повного співпадіння діагнозів, а також неповних співпадінь і неспівпадінь за наявності цереброваскулярної патології (при клінічному діагнозі ЧМТ) і частково- при отруєннях. Це можна пояснити тим, що лікування встановленої клініцистами патології майже не відрізнялося від насправді наявної у хворих.

Слід зазначити, що для вірної правової оцінки діянь лікарів необхідно чітко визначитися зі складом злочину у медичній сфері, що можливо тільки при тісній взаємодії працівників слідчо-судових органів та судово-медичних експертів, адже саме «Висновок експерта» є процесуальним джерелом доказів, (ч. 2., ст. 84 Кримінального процесуального кодексу України [5]). Велику роль у цьому відіграють правильно сформульовані питання у постанові щодо призначення судово-медичної експертизи.

Таким чином, рівень надання медичної допомоги в лікувальних закладах України є низьким, що пов'язано, насамперед, з недосконалістю нормативно-правової бази, яка б визначала чіткий алгоритм дій лікаря на різних етапах, а також, ймовірно, з відсутністю злагодженої та організованої роботи медичних працівників.

Література:

1. Medication Errors [Електронний ресурс] // StatPearls Publishing LLC. – 2019. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519065/>

2. Обнародованы шокирующие данные о смертности в Украине из-за врачебных ошибок [Электронный ресурс] // Факти. – 2019.- Режим доступа до журн.: <https://fakty.ua/295516-obnarodovany-shokiruyucshie-dannye-o-smertnosti-v-ukraine-iz-za-vrachebnyh-oshibok>
3. Закон України «Про судову експертизу» [Електронний ресурс]/ Відомості Верховної Ради України (ВВР) – К., 2004, – № 28– ст.232 — Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua>.
4. Інструкція про проведення судово-медичної експертизи, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17.01.95 р. N 6 [Електронний ресурс]/ Міністерство охорони здоров'я України – К., 1995. –№ 6. — Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua>
5. Кримінальний процесуальний кодекс України [Електронний ресурс]/ Відомості Верховної Ради України (ВВР) – К., 2014, – № 46. –ст.2046— Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua>
6. Кримінальний кодекс України [Електронний ресурс]/ Міністерство охорони здоров'я України – К., 2001. –№ 25-26. — Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua>
7. Правила судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень // Наказ Міністерства охорони здоров'я України “Про розвиток та вдосконалення судово-медичної служби України”. – 17 січня 1995 р., № 6. – К.: МОЗ України, 1995. – С. 83-88.
8. Дунаєвська Л.Г. Розслідування злочинів, вчинених під час надання медичної допомоги / Дунаєвська Л.Г. // Монографія. – К.: АДС УМКЦентр, 2012. – 168 с.
9. Стеблюк В.В. Правові та морально-етичні аспекти кримінальних правопорушень у сфері професійної діяльності медичних працівників // Судово-медична експертиза – К., 2013. - № 2. - С.- 45- 48.
10. Стеценко С.Г. Медичне право України: підручник / С. Г. Стеценко, В. Ю. Стеценко, І. Я. Сенюта ; за заг. ред. д.ю.н., проф. С. Г. Стеценка. – К.: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. – 507 с.