###### УДК 340.6: 614.23/.25: 616-036.8

## Плетенецька А.О.

# СУДОВО-МЕДИЧНА ОЦІНКА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ, ПОМЕРЛИМ ВІД ГОСТРОЇ КРОВОВТРАТИ (ЗА ДАНИМИ КОМІСІЙНИХ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ)

### НМАПО імені П.Л. Шупика, м. Київ

#### *При проведенні судово-медичних експертиз у випадках «лікарських справ» вбачається чітка тенденція до збільшення їх кількості, а експерти при цьому зазнають труднощів при судово-медичній оцінці надання медичної допомоги. Метою дослідження було провести судово-медичний аналіз надання медичної допомоги хворим, померлим від гострої крововтрати, за даними комісійних судово-медичних експертиз різних бюро судово-медичної експертизи, оскільки однією із провідних причин смерті при травмі є саме гостра крововтрата, у тому числі і з шоком. У статті проаналізовано якість надання медичної допомоги при крововтраті лікарями різних закладів України, що, сподіваємося, допоможе практичним клініцистам не допускатися типових помилок і підвищить рівень надання медичної допомоги, адже це також одна із головних задач судової медицини та експертизи поряд із допомогою слідчо-судовим органам в розкритті злочинів.*

Ключові слова: судово-медична експертиза, гостра крововтрата, надання медичної допомоги.

Дана робота є індивідуальною НДР «Судово-медична оцінка дефектів надання медичної допомоги при невідкладних станах», № держ. реєстрації 0115U002981.

#### Вступ

Темпи розвитку медичних галузей значно прискорилися в порівнянні з минулими століттями. Проте, не зважаючи на це, досі, людський фактор є тією складовою надання медичної допомоги, яка з тих чи інших причин допускає виникнення ситуацій, які закінчуються інвалідизацією, подовженням терміну лікування або навіть смертю, що надає збитків державі та погіршує демографічну ситуацію в країні [8]. Також, необхідно відмітити складність проблеми правопорушень, скоєних медичними працівниками з правової точки зору [4,7]. Особливості і специфічність медичної галузі значно ускладнюють не тільки оцінку надання якості і вчасності медичної допомоги, але правильність вибору методу лікування та діагностики захворювання. Особливо це відмічається у зв’язку з низкою проблем, перед якими наразі стоїть зараз Україна (перед усім економічна ситуація). Та навіть за умов чіткого означення провини медичного працівника існують складності у визначенні його відповідальності, що здебільшого пов’язане з недосконалістю правової бази, зокрема такої, яка б чітко формулювала єдиний підхід до проведення судово-медичних експертиз за «лікарськими справами» [1,2,3].Слід зазначити, що при проведенні судово-медичних експертиз у випадках «лікарських справ» вбачається чітка тенденція до збільшення їх кількості, а експерти при цьому зазнають труднощів при судово-медичній оцінці надання медичної допомоги [5,6].

#### Метою дослідження

Провести судово-медичний аналіз надання медичної допомоги хворим, померлим від гострої крововтрати, за даними комісійних судово-медичних експертизДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України», Київського міського клінічного бюро судово-медичної експертизи, Житомирським обласного бюро судово-медичної експертизи, Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи,оскільки однією із провідних причин смерті при травмі є саме гостра крововтрата, у тому числі із поєднанням з шоком.

#### Матеріали і методи дослідження

Матеріалом досліджень були судово-медичні комісійні експертизи за «лікарськими справами» за 2007-2016, виконані у ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України», Київському міському клінічному бюро судово-медичної експертизи, Житомирському обласному бюро судово-медичної експертизи. Зазначені експертизи стосувалися трупів осіб, померлих внаслідок гострої крововтрати, у тому числі і з шоком (було обрано 30 експертиз із загальної кількості експертиз за «лікарськими справами» 6129).

В процесі дослідження дані з експертиз були розподілені за наступними критеріями: рік, бюро, дата смерті, час смерті, наявність або відсутність супутньої патології, стать померлого, вік померлого, дата травми, час травми, дата приїзду «швидкої допомоги», час приїзду «швидкої допомоги», рівень лікувального закладу (міська клінічна, центральна районна лікарні, обласна клінічна лікарня, спеціалізована (інститути нейрохірургії, травматології, тощо), диспансер, заклади невідкладної медичної допомоги (НМД), час доставки в лікарню, час початку надання медичної допомоги, АТС (артеріальний тиск систолічний), АТД (артеріальний тиск діастолічний), ЧСС, стан хворого, свідомість, наявність описаних тілесних ушкоджень, огляд спеціалістами, додаткові дослідження, наявність дефекту медичної допомоги. Отримані дані підлягали статистичній обробці стандартними методиками описової статистики за допомогою програми EXEL.

#### Результати досліджень та їх обговорення

При статистичному аналізі комісійних судово-медичних експертиз, проведених у зазначених бюро, було виявлено наступне. Серед усіх досліджуваних випадків крововтрати 66,7±8,5% було чоловіків (20) та 33,3±8,6% - жінок (10).

Час смерті при гострій крововтраті з 8.00 до 17.00 (у робочий час) склав 16,7±6,8% (5 випадків), з 17.01 до 7.59 - 60,0±8,9% (18 випадків), у 23,3±7,7% (7 випадків) час смерті був не вказаний. Таким чином, смертність вище у нічний час (p<0,05), що, у цілому, співпадає з загальнодоступними світовими даними. Групи не відрізнялися за віком (p>0,05). У групі з крововтратою мінімальний вік складав 9 років, максимальний – 77, Me = 34,0, IQR: 27,0 - 50,0. При розподілі за віком, користуючись класифікацією ВООЗ, були дані, що відображені у табл. 1.

Таблиця 1  
Розподіл хворих, померлих внаслідок гострої крововтрати, за віком

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Крововтрата | | |
|  | Абс. | P, % | m, % |
| до 25 | 3 | 10,0 | 5,5 |
| 24 - 44 | 15 | 50,0 | 9,1 |
| 45 - 59 | 7 | 23,3 | 7,7 |
| старше 60 | 2 | 6,7 | 4,6 |
| не вказано | 3 | 10,0 | 5,5 |

Супутня патологія була наявна у померлих від гострої крововтрати - 23,3±7,7 % (7). Звертає на себе увагу той факт, що у медичній документації дата та час приїзду «швидкої допомоги» у випадках гострої крововтрати – дата була вказано тільки у 26,7±8,1 % (8), а час – у 23,3±7,7% (7), у решті ж випадків супровідні талони виїзду «швидкої допомоги» в медичній документації були відсутні (хоча у всіх досліджуваних випадках хворих до лікарні доставляли машини «швидкої допомоги»), що є принциповим моментом при оцінці своєчасності надання медичної допомоги. Тобто за відсутності таких даних саме у короткі терміни після травми судово-медична оцінка надання медичної допомоги ускладнена. Слід зазначити, що за всіма світовими стандартами надання допомоги при травмі (Advansed Trauma Life Support) надання допомоги проходить за алгоритмом СABC, де перше С - critical bleeding. Таким чином, незазначення часу початку кровотечі і надання допомоги є порушенням цих стандартів надання медичної допомоги, а з іншого боку - ускладнює правову класифікацію в разі кримінального характеру травми: вбивство або тілесні ушкодження, що спричинили смерть.

При оцінці лікувальних закладів, в яких знаходилися потерпілі, було виявлено наступне: у більшості випадків хворі доставлялися у МКБ- 36,7±8,8% (11) (табл. 2).

Таблиця 2  
Розподіл хворих, померлих внаслідок гострої крововтрати, за місцем лікування їх у різних лікувальних закладах

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Лікарні | Крововтрата | | |
| Абс. | P, % | m, % |
| МКБ | 11 | 36,7 | 8,8 |
| ЦРБ | 5 | 16,7 | 6,8 |
| ОКБ | 2 | 6,7 | 4,6 |
| спеціалізовані лікувальні заклади | 1 | 3,3 | 3,3 |
| ЛШНМД | 6 | 20,0 | 7,3 |
| не вказано | 3 | 10,0 | 5,5 |

Час початку надання медичної допомоги: до 10 хвилин – 50,0±9,1 % (15 випадків), 11-30 - 3,3±3,3%, більш 30 хвилин – 10,0±8,6 % (3 випадки). У решті випадків 36,7±8,8% (11) час початку надання медичної допомоги не був вказаний.

Що стосується видимих тілесних ушкоджень, то при крововтраті не було описано їх у 3,3±3,3%, в 10,0±5,5% (3) випадків тілесних ушкоджень не було, у решті 86,7±6,2% описані не повністю (26 випадків). Артеріальний тиск та ЧСС було описано в 50,0% (15). В 10,0% (3) був описаний тільки АТ.

Свідомість та стан хворого був розцінений при надходженні до лікувального закладу наступним чином (табл. 3).

Таблиця 3  
Розподіл хворих, померлих внаслідок гострої крововтрати, за станом важкості та свідомості

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показник | Градація | Крововтрата | | |
| Абс. | P, % | m, % |
| Стан хворого | середньої тяжкості | 6 | 20,0 | 7,3 |
| важкий | 10 | 33,3 | 8,6 |
| вкрай важкий | 7 | 23,3 | 7,7 |
| Немає оцінки | 7 | 23,3 | 7,7 |
| Свідомість | є | 18 | 60,0 | 8,9 |
| Немає | 8 | 26,7 | 8,1 |

Таблиця 4  
Розподіл хворих, померлих внаслідок гострої крововтрати,  
 за кількістю оглядів їх спеціалістами різних профілів

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Крововтрата | | |
|  | Абс. | P, % | m, % |
| невропатолог | 2 | 6,7 | 4,6 |
| нейрохірург | 6 | 20,0 | 7,3 |
| хірург/ травматолог | 24 | 80,0 | 7,3 |
| анестезіолог | 19 | 63,3 | 8,8 |
| інші | 9 | 30,0 | 8,4 |

Що стосується огляду спеціалістами, то кількісна характеристика оглядів наведена у таблиці (табл. 4).

Нажаль, слід зазначити, що в Україні відсутня так звана злагодженість роботи медичних працівників при підході до хворого, адже тільки за умов тісного контакту і комплексної роботи спеціалістів різних профілів можлива вірна постановка діагнозу, забезпечення своєчасного, повного, обґрунтованого та якісного обстеження і лікування хворого, що можливо в умовах мультидисциплінарної команди. Зазвичай в Україні кожен із лікарів просто виконує свою роботу, не дослухаючись до колег, що не забезпечує комплексного і індивідуального підходу до кожного хворого. Нажаль, така незлагодженість в роботі колег та халатний підхід до пацієнту не тільки не допомагають, а іноді навіть стають причиною погіршення стану хворого. Так у деяких випадках виявилося, що призначення препаратів різними лікарями призвело до виникнення ускладнень чи побічних реакцій у пацієнтів, оскільки препарати були несумісні. Виникають такі ситуації і тому, що у багатьох випадках суміжні спеціалісти просто не консультуються один з одним з приводу хворого і не повністю узгоджують лікування. Це, до речі, дуже помітно при допитах, коли кожен із колег перекладає відповідальність з себе на інших, і підкреслює необхідність більш детальної судово-медичної оцінки того, хто саме повинен робити ті чи інші заходи, згідно діючих документів (зокрема, посадових інструкцій). Також необхідно звернути увагу на надання медичної допомоги саме за наявності невідкладних станів. Враховуючи вузьку спеціалізацію медичних працівників, які, нажаль, не в змозі вірно діагностувати хворобу, винайти оптимальний набір досліджень і призначити відповідне лікування хворому, доволі часто пацієнти гинуть через несвоєчасність надання їм допомоги. Особливо гостро ця ситуація встає під час чергувань, коли за умов присутності у лікарні одного лікаря певної спеціальності він просто не в змозі надати адекватну допомогу хворому, якщо специфіка патології виходить за рамки компетенції його спеціальності. Це, до речі, відрізняє нашу країну від інших високорозвинених країн світу. Так, наприклад, у багатьох країнах Європи, Америки тощо, медичні працівники будь-яких спеціальностей регулярно проходять підготовку із суміжних дисциплін, особливо при невідкладних станах, що забезпечує розширення можливостей у наданні медичної допомоги, розширення клінічного мислення, і, як результат, навіть звичайний лікар-терапевт за необхідності без зайвих вагань зможе зробити і люмбальну пункцію, і доплер-дослідження, і встановити венозний катетер.

Додаткові дослідження при гострій крововтраті:не було проведено рентгенограму органів грудної клітки та черевної порожнини - у 46,7% (14 випадках), УЗД- у 80% (24 випадках), КТ/ЯМРТ - у 90% (27 випадках), люмбальну пункцію – у 96,7% (29 випадках). Інші додаткові інструментальні дослідження було проведено хворим лише у 16,7% (5 випадках). Слід зазначити, що, враховуючи специфіку даної патології, хворі у досліджуваних випадках потребували проведення рентгенографії та УЗД.

За показаннями операцію провели в 66,7% (20 випадках), з них своєчасно у 60% (12 випадках)(у зазначених випадках операція була показана всім хворим, виключення також склали ті випадки, коли проведення операції було вже недоцільним внаслідок невідворотності смерті, коли хворі були доставлені вже в термінальному стані; таких випадків було 6-20%); у 5 випадках (16,7 %) час операції вказано не було. Тобто у 13,3% (4) випадках за наявності показань мав місце дефект у вигляді непроведення оперативного втручання!

Відповідність клінічного діагнозу судово-медичному, встановленому після розтину, спостерігалася тільки у 16,7% (5 випадках), неповна відповідність - у 56,7% (17), у 26,7% (8) випадках діагноз не відповідав або взагалі був відсутній. Невірне формулювання діагнозів у більшості випадків стосувалося у вигляді невірно встановленого/невстановленого джерела кровотечі. Також часто проникаючі поранення лікарями описувалися як поверхневі, при цьому, звичайно, не вказувалися поранення внутрішніх органів (такі ситуації зустрічалися, здебільшого при колото-різаних та колотих пораненнях, коли малий розмір рани і масивна внутрішня кровотеча не давали можливості медичним працівникам запідозрити більш значне ушкодження). У той же час, лікарям слід пам’ятати, що невірно сформульований діагноз (як у випадках недостатньо описаної, так і у випадках зайвої патології) слід вважати дефектом, адже кожний виставлений лікарем діагноз потребує призначення відповідних лікувально-діагностичних заходів, передбачених протоколами!

Що ж стосується грубих дефектів медичної допомоги, які були знайдені експертами в ході проведення експертиз у зазначених справах та тим чи іншим чином впливали на наслідок (а таких було майже половина усіх випадків - 40,0% (12), то у вигляді неналежного надання (дії) було відмічено у 16,7% (це випадок невірно встановленого лікарями діагнозу внаслідок недооцінки даних обстеження), дефекти у вигляді ненадання медичної допомоги (бездіяльності) - у 83,3% (10 випадках).

#### Висновки

1. При статистичному аналізі комісійних судово-медичних експертиз, проведених у різних бюро СМЕ України, було виявлено, що за наявності такого невідкладного стану, як гостра крововтрата, у тому числі і з шоком, у багатьох випадках лікарями не вказуються наступні показники: час смерті, дата та час приїзду «швидкої допомоги», час початку надання медичної допомоги, що є принциповим моментом при оцінці своєчасності надання медичної допомоги саме у ранні терміни. Також у багатьох випадках не було описано тілесних ушкоджень, показників АТ та ЧСС, хворим не зробили всіх необхідних додаткових досліджень, а також хворі не оглядалися суміжними спеціалістами.

2. Нажаль, слід зазначити, що в Україні відсутня так звана злагодженість роботи медичних працівників при підході до хворого, адже тільки за умов тісного контакту і комплексної роботи спеціалістів різних профілів можлива вірна постановка діагнозу, забезпечення своєчасного, повного, обґрунтованого та якісного обстеження і лікування хворого, що можливо в умовах мультидисциплінарної команди, яка б забезпечувала комплексний і індивідуальний підхід до кожного хворого. Така незлагодженість в роботі колег та халатний підхід до пацієнту не тільки не допомагають, а іноді навіть стають причиною погіршення стану хворого. Це підкреслює необхідність більш детальної судово-медичної оцінки того, хто саме з лікарів повинен робити ті чи інші заходи, згідно діючих документів (зокрема, посадових інструкцій).

3. Враховуючи вузьку спеціалізацію медичних працівників, які, нажаль, не в змозі вірно діагностувати хворобу, винайти оптимальний набір досліджень і призначити відповідне лікування хворому, доволі часто пацієнти гинуть через несвоєчасність надання їм допомоги. Особливо гостро ця ситуація встає під час чергувань, коли за умов присутності у лікарні одного лікаря певної спеціальності він просто не в змозі надати адекватну допомогу хворому, якщо специфіка патології виходить за рамки компетенції його спеціальності. Це підкреслює необхідність проходження підготовки із суміжних дисциплін, особливо при невідкладних станах, медичними працівниками в Україні, що забезпечуватиме розширення можливостей у наданні медичної допомоги, розширення клінічного мислення.

4. Відсутність опису тілесних ушкоджень є ускладнює судово-медичну оцінку, оскільки саме характер їх є одним з найголовніших моментів, що потім впливає на визначення терміну спричинення та механізму травми, а також іноді і ступеня тяжкості тілесних ушкоджень.

5. Що стосується якості та своєчасності надання медичної допомоги, то виявилося, що за показаннями операцію проводять тільки біля половини операцій, і тільки половину із них - своєчасно! Тобто у 13,3% (4) при випадках крововтрати за наявності показань мав місце дефект у вигляді непроведення оперативного втручання! Відповідність клінічного діагнозу судово-медичному, встановленому після розтину, спостерігалася тільки у 16,7% (5 випадках), неповна відповідність - у 56,7% (17), у 26,7% (8) випадках діагноз не відповідав або взагалі був відсутній. У той же час, лікарям слід пам’ятати, що невірно сформульований діагноз (як у випадках недостатньо описаної, так і у випадках зайвої патології) слід вважати дефектом, адже кожний виставлений лікарем діагноз потребує призначення відповідних лікувально-діагностичних заходів, передбачених протоколами!

6. Грубих дефектів медичної допомоги, які були знайдені експертами в ході проведення експертиз у зазначених справах та тим чи іншим чином впливали на наслідок, було майже у половині випадків.

#### Перспективи подальших досліджень

Дані дослідження будуть продовжені, а результати їх висвітлені у наступних статтях. Зокрема, будуть проаналізовані не тільки дефекти у наданні медичної допомоги пр. крововтраті, а і проаналізовані їх причини, що, сподіваємося, допоможе практичним клініцистам не допускатися типових помилок і підвищить рівень надання медичної допомоги в Україні, адже це також одна із головних задач судової медицини та експертизи поряд із допомогою слідчо-судовим органам в розкритті злочинів.

#### Література

##### Бисюк Ю. В. Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (критерии экспертной оценки и медико-правовые аспекты проблемы) : автореф. дис. на соискание научной степени доктора мед. наук : спец. 14.00.24 «Судебная медицина» / Юрий Виулович Бисюк. - Москва, 2008. - 27 с.

##### Вермель И.Г. Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности / И.Г. Вермель. - Свердловск, 1988. – 111 с.

##### Вермель В.И. Формальная логика в судебной медицине / В.И. Вермель, А.А. Солохин. - М. : Медицина, 1995 – 92 с.

##### Дунаєвська Л.Г. Розслідування злочинів, вчинених під час надання медичної допомоги. Монографія / Л.Г. Дунаєвська. – К.: АДС УМКЦентр, 2012. – 168 с.

##### Плетенецька А.О. Результати аналізу комісійних судово-медичних експертиз обласного бюро СМЕ за фактом виявлення помилок, допущених при наданні медичної допомоги / А.О. Плетенецька [та ін.] // Збірник наукових праць співроб. НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2014. – Вип. 23, Т. 4 – С. 85–91.

##### Pletenetska A. Analysis of defects rendering medical care according to the data of commission forensic examinations in SI "The main bureau of forensic examination of Ministry of the Health of Ukraine" for 2012-2014 yy. / Аліна Плетенецька, Аріна Легедза // Судово-медична експертиза. – 2015. - № 2. – С. 81-88.

##### Стеблюк В.В. Правові та морально-етичні аспекти кримінальних правопорушень у сфері професійної діяльності медичних працівників / В.В. Стеблюк // Судово-медична експертиза. – 2013. - № 2. - С. 45-48.

##### Шарабчиев Ю.Т. Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи: социально-экономические аспекты и потери общественного здоровья / Ю.Т. Шарабчиев // Медицинские новости. – 2007. – № 13. – С. 32-39.

#### Реферат

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ, УМЕРШИМ ОТ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ (ПО ДАННЫМ КОМИССИОННОЙ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ)

Плетенецкая А.А.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, острая кровопотеря, оказания медицинской помощи.

При проведении судебно-медицинских экспертиз в случаях «врачебных дел» усматривается четкая тенденция к увеличению их количества, а эксперты при этом испытывают трудности при судебно-медицинской оценке оказания медицинской помощи. Целью исследования было провести судебно-медицинский анализ оказания медицинской помощи больным, умершим от острой кровопотери, по данным комиссионных судебно-медицинских экспертиз разных бюро судебно-медицинской экспертизы, поскольку одной из ведущих причин смерти при травме является именно острая кровопотеря, в том числе с шоком. В статье проанализировано качество оказания медицинской помощи при кровопотере врачами различных учреждений Украины, что, надеемся, поможет практическим клиницистам не допускать типичных ошибок и повысит уровень оказания медицинской помощи, ведь это также одна из главных задач судебной медицины и экспертизы наряду с помощью следственно-судебным органам в раскрытии преступлений.

#### Summary

FORENSIC ANALYSIS OF RENDERING MEDICAL CARE TO PATIENTS WHO DIED OF ACUTE BLOOD LOSS (BASED ON EVIDENCE MEDICINE IN COURT)

Pletenetskaya A. A.

Key words: forensic examination, acute blood loss, rendering medical care.

By performing forensic analysis in some "medical cases" there is a clear trend towards an increase in their number, and experts have difficulties in forensic evaluation of medical care. The aim of the study was to conduct a forensic analysis of providing medical care to individuals who died of acute blood loss, according to the commissions of forensic medical examinations of different forensic medical bureaus, as one of the leading causes of death due to trauma causing acute blood loss, often resulting in shock. This article presents the analysis of the quality of providing medical care in cases of blood loss by doctors of different institutions of Ukraine that will help practical clinicians to avoid common mistakes and improve the level of care because it is also one of the main tasks of forensic medicine and expertise. This analysis can also contribute in investigations carried by judicial authorities in solving crimes.