

гортані при експертизі трупів необхідні чіткі діагностичні критерії для можливості прогнозування їх кінцевих результатів. Для цього потрібні комплексний судово-медичний і клінічний аналіз з участю фахівців для вивчення всіх можливих клінічних проявів та кінцевих результатів травм гортані, з наступною систематизацією та розробкою алгоритму судово-медичної діагностики.

Список використаної літератури

1. Коврыжных И. Д. Анализ травмы органов уха, горла и носа в практике судебно-медицинской экспертизы / И. Д. Коврыжных, Д. А. Коврыжных // Судебно-медицинская служба на рубеже веков. — Киров, 2001. — С. 131–133.
2. Авдеев М. И. Судебно-медицинская экспертиза живых лиц / М. И. Авдеев. — М.: Медицина, 1968. — 376 с.
3. Хохлов В. В. Судебная медицина: руководство / В. В. Хохлов. — Изд.-е 3-е перераб. и доп. — Смоленск, 2010. — 992 с.
4. Судебно-медицинская экспертиза вреда здоровью: руководство / Клевено В. А., Богомолова И. Н., Заславский Г. И. и др.; под ред. В. А. Клевено. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 301 с.
5. Гарюк Г. И. Травматические повреждения гортани, особенности диагностической тактики на современном этапе / Г. И. Гарюк, Т. В. Почуева, А. Г. Бабаева // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. — 2009. — № 3-с. — С. 38–39.
6. Говорун М. И. Повреждения ЛОР-органов и шеи в мирное и военное время: руководство для врачей / М. И. Говорун, А. А. Горохов. — СПб.: СпецЛит, 2010. — 126 с.
7. Зенгер В. Г. Повреждения гортани и трахеи / В. Г. Зенгер, А. Н. Насседкин — М.: Медицина. 1991. — 240 с.

Плетенецька А. О.

Національно медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шулика

СУДОВО-МЕДИЧНА ОЦІНКА НАДАНИЯ ДОПОМОГИ ХВОРИМ, ПОМЕРЛИМ ВІД ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ТА ГОСТРОЇ КРОВОТРАТИ (за даними комісійних судово-медичних експертиз)

Темпи розвитку медичних галузей значно прискорилися в порівнянні з минулими століттями. Проте незважаючи на це досі людський фактор є тією складовою надання медичної допомоги, яка з тих чи інших причин допускає виникнення ситуацій, що закінчуються інвалідизацією, подовженням терміну лікування або навіть смертю,

що призносить збитки 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 якості і вчасності надання медичної допомоги, але правильність вибору методу лікування та діагностики захворювання. 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» [1–3]. 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 було провести судово-медичний аналіз надання медичної допомоги хворим, померлим від ЧМТ (черепно-мозкової травми) та гострої кровотрати, за даними комісійних судово-медичних експертиз.

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 ЧМТ і гострої кровотрати, у тому числі і з шокем (було обрано 60 експертиз із загальної кількості експертиз за «лікарськими справами» 6129). Отримані дані підлягали статистичній обробці стандартними методиками описової статистики.

Результати дослідження та їх обговорення. При статистичному аналізі комісійних судово-медичних експертиз, проведених у зазначених бюро, було виявлено, що відповідність клінічного діагнозу судово-медичному при ЧМТ, встановленому після розтину, спостерігалася тільки у 26,67 % (8 випадках), неповна відповідність — у 53,33 % (16), у 20 % (6) випадках діагноз не відповідав або взагалі був відсутній. При кровотраті 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.

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 13, тобто майже половина усіх випадків), то дефекти при ЧМТ у вигляді-

ді неналежного надання (дії) було відмічено тільки в 1 випадку (це випадок невірної встановленого лікарями діагнозу внаслідок недооцінки даних обстеження), дефекти у вигляді ненадання медичної допомоги (бездіяльності) — у 92,7 % (12 випадках). При крововтраті грубих дефектів було 40,0 % (12), у вигляді неналежного надання (дії) було відмічено у 2 випадках (це випадок невірної встановленого лікарями діагнозу внаслідок недооцінки даних обстеження), дефекти у вигляді ненадання медичної допомоги (бездіяльності) — у 83,3 % (10 випадках).

При більш детальному розгляді дефектів при ЧМТ виявилось, що більшість дефектів (у вигляді відсутності інструментальних методів досліджень) спостерігалася у 61,5 % (8х випадках), а при крововтраті — більшість випадків склало запізнення у наданні медичної допомоги — 41,7 % (3). При ЧМТ сукупність дефектів у вигляді відсутності інструментальних методів досліджень та відсутності або неповного медикаментозного лікування — у 10 % (3 випадки) (у даних випадках хворим не проводилася адекватна протинабрякова, протизапальна терапія, а також терапія для нормалізації кровообігу, передбачені відповідними протоколами надання медичної допомоги), невірної встановленого діагнозу в сукупності з відсутністю інструментальних досліджень, медикаментозного лікування, відсутністю операції за показанням, затримки у наданні медичної допомоги — в 1 випадку.

Сукупність дефектів при крововтраті була у таких випадках: а) відсутність інструментальних досліджень, медикаментозного лікування та операції за показанням — кожного по 1 випадку.

При розгляді причин, які призвели до дефектів при ЧМТ, виявилось, що ізольовані недооцінка даних огляду або недооцінка даних додаткових досліджень спостерігалися по 13,3 % (4) у кожному випадку. Далі по 1 склала випадки, де причин було декілька: а) недооцінка даних огляду в сукупності з недооцінкою даних додаткових досліджень; б) недооцінка даних огляду в сукупності з халатним відношенням до хворого, який мав неохайний вигляд (бомж, неприємний запах від тіла, запах алкоголю і т. д.); в) недооцінка даних додаткових досліджень в сукупності з пізнім зверненням хворого за медичною допомогою; г) недооцінка даних огляду в сукупності з недооцінкою даних додаткових досліджень і відсутністю технічних можливостей у лікувальному закладі; д) ігнорування даних огляду в сукупності з недооцінкою даних додаткових досліджень та халатним відношенням до хворого, який мав неохайний вигляд (бомж, неприємний запах від тіла, запах алкоголю і т. д.).

При крововтраті ізольована недооцінка даних огляду склала 16,7 % (5). Сукупність причин: а) недооцінка даних огляду в сукупності з не-

дооцінкою даних додаткових досліджень — 16,7 % (5); б) недооцінка даних огляду в сукупності з халатним відношенням до хворого, який мав неохайний вигляд (бомж, неприємний запах від тіла, запах алкоголю і т. д.) — 2 випадки.

Непрофесіоналізм медичного персоналу мав місце у 2 випадках при крововтраті та у 1 випадку — при ЧМТ. Тут зазначено, що під не-професіоналізмом розумілася не кваліфікація медичних працівників, а недосконале володіння своїми професійними вміннями (тактично невірне обране лікування, механічні та інші помилки в проведенні оперативних втручань) і незнання своїх обов'язків, посадових інструкцій тощо.

При оцінці термінів надання медичної допомоги слід зазначити, що несвоєчасно медична допомога надавалася хворим майже у половині випадків від усіх досліджених експертів — 40 % (12 випадків), при крововтраті: 36,7 % (11 випадків). Середній час від моменту надходження хворого у стаціонар до початку операції і при ЧМТ, і при крововтраті склав $5 \pm 0,7$ год.

З досліджуваних випадків прямий причинно-наслідковий зв'язок між дефектом надання медичної допомоги та несприятливим наслідком був встановлений у ЧМТ в 53,8 % (7 випадках), при крововтраті — 66,7 % (8), опосередкований ЧМТ у 46,2 % (6), при крововтраті — 33,3 % (4).

Втім, всупереч загальній думці, що «поміляються» недосвідчені і молоді спеціалісти з районів, де немає належних умов для надання медичної допомоги відповідного рівня, дефекти допускаються як раз доволі досвідченими медичними працівниками. У всіх зазначених випадках медичні працівники мали достатній досвід роботи та кваліфікаційні категорії (не нижче першої), серед них не було недосвідчених спеціалістів (інтернів, стажистів). До того ж дефекти медичної допомоги (а майже усі випадки саме ненадання допомоги, тобто фактично бездіяльність медичних працівників, коли хворому були терміново показані ті чи інші заходи) у більшості випадків зустрічаються в умовах міських лікарень — 42,86 % (особливо крупних міст України), де як раз і є відповідні умови для надання медичної допомоги, більше висококваліфікованих спеціалістів різних профілей, а також існують протоколи надання медичної допомоги зі спеціальностей «Нейрохірургія» та «Гостра крововтрата», що каже про халатність медичного персоналу, адже за таких умов лікарі могли і повинні були запобігти смерті, але не зробили цього. Втім випадки неналежного надання медичної допомоги за наявності крововтрати також у чверті випадків пов'язані з невірним медикаментозним лікуванням (зокрема це недостатнє введення препаратів для заміщення крові) часто зустрічаються і в умовах ЦРБ, що, можливо, пояснюється недостатнім забезпечен-

ням лікарень в умовах районів. На жаль, вражають випадки халатного відношення медичного персоналу до хворих, хоча такі випадки і були одиничними у зазначених експертизах.

Наведені дані, на жаль, підтверджують, що в Україні у випадках призначення експертиз щодо надання медичної допомоги, зокрема у випадках ЧМТ та гострої крововтрати за наявності невідкладних станів, майже половину складають випадки неналежного лікування. Окрім того, низька якість оформлення медичної документації значно ускладнює судово-медичну оцінку надання медичної допомоги.

Список використаної літератури

1. Бисюк Ю. В. Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (критерии экспертной оценки и медико-правовые аспекты проблемы): автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.24 / Бисюк Юрий Вячеславович. — Москва, 2008. — 27 с.
2. Вермель И. Г. Судбно-медцинская экспертиза лечебной деятельности / И. Г. Вермель. — Свердловск, 1988. — 111 с.
3. Вермель В. И. Формальная логика в судебной медицине / В. И. Вермель, А. А. Солохин. — М.: Медицина, 1995. — 92 с.
4. Дунасвська Л. Г. Розслідування злочинів, вчинених під час надання медичної допомоги: монографія / Дунасвська Л. Г. — К.: АДС УМКЦентр, 2012. — 168 с.
5. Результати аналізу комісійних судово-медичних експертиз обласного бюро СМЕ за фактом виявлення помилки, 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.
6. 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 уу. / Аліна Плетенецька, Аріна Легедза // Судово-медична експертиза. — 2015. — № 2. — С. 81–88.
7. 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.
8. Шарабчиев Ю. Т. Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи: социально-экономические аспекты и потери общественного здоровья // Медицинские новости. — 2007. — № 13. — С. 32–39.

НЕОБХІДНІСТЬ УСУНЕННЯ РОЗБІЖНОСТЕЙ У КВАЛІФІКАЦІЇ СТУПЕНІВ ТЯЖКОСТІ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ

Актуальність теми. Правила судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень, затверджені наказом МОЗ України від 17.01.1995 року № 6 [1], перебувають у незмінному вигляді вже понад двадцять років. З тих пір корінних змін зазнали Кримінально-процесуальний і Кримінальний кодекси України [2], у відповідності з якими повинні перебувати і вказані правила. Але якщо Кодекс України частково змінювались, доповнювались або звільнялись від зайвого вже кілька разів (останній раз у січні 2013 року), то правила залишаються застарілими і вже мало кого влаштовують. Особливо це стало помітним за останні півтора десятиріччя, коли значно активізувалась адвокатська служба. До адвокатури прийшли дуже активні, грамотні і наполегливі співробітники, які багато чого не розуміють у питаннях обстеження живих осіб і вимагають в судових засіданнях кваліфікованих пояснень від судово-медичних експертів. Судово-медичні експерти, в свою чергу, не можуть відступити від правил, регламентованих «Наказом» [1]. З тих часів, як на теренах СРСР все підкорялось тим законодавчим актами, яким підпорядковувались і правила проведення судово-медичних експертиз, в окремих, створених держава дуже швидко після від'єднання правила проведення судово-медичних експертиз помінялись. І хоча їх не можна назвати доскональними, але стали вони значно гнучкішими, доскональшими, відповідними сучасним поняттям про ті чи інші явища в медицині в цілому й у судовій медицині, зокрема. Отже, на нашу думку, і в Україні правила проведення судово-медичних експертиз, а особливо правила експертизи потерпілих, звинувачуваних та інших осіб потребують якнайшвидших змін.

Мета. Дати короткий аналіз окремих положень правил судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень, вказати на їх невідповідність сучасній редакції Кримінально-процесуального та Кримінального кодексів України [2] та поділитись нашими думками щодо усунення існуючих недоліків.

Судово-медичні експерти міжрайонних відділень і відділів експертизи потерпілих, обвинувачених та інших осіб обласних (міських) бюро судово-медичної експертизи при визначенні ступеня тяжко-