



ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ-ТРАВМАТОЛОГОВ: СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ АНАЛИЗ

Абдуллаев Ш.А.

Самаркандского филиала Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы

Введение

Право каждого человека на охрану здоровья и квалифицированную медицинскую помощь является одним из основополагающих социальных прав. В Республике Узбекистан данное право закреплено в статье 48 Конституции Республики Узбекистан, согласно которой каждый имеет право на охрану здоровья и квалифицированную медицинскую помощь, а гражданам гарантируется получение установленного законом объема медицинской помощи за счет государства [1]. В последние годы в Республике Узбекистан последовательно реализуются мероприятия, направленные на совершенствование системы здравоохранения, повышение доступности медицинской помощи, внедрение современных методов диагностики и лечения, а также повышение качества и безопасности медицинской деятельности.

Проблема дефектов оказания медицинской помощи (ДОМП) сохраняет особую актуальность для судебной медицины, поскольку установление характера медицинского дефекта и его причинно-следственной связи с неблагоприятным исходом требует комплексного анализа медицинской документации, клинических данных, результатов лабораторно-инструментальных исследований и обстоятельств оказания медицинской помощи. Судебно-медицинская экспертиза в подобных случаях позволяет не только установить наличие или отсутствие дефекта, но и определить его вид, причины возникновения, этап оказания медицинской помощи, степень влияния на течение заболевания или травмы и конечный исход [2,3].

По данным судебно-медицинских исследований, дефекты медицинской помощи могут иметь различный характер и включать нарушения диагностики, лечения и организации медицинской помощи. При этом структура дефектов может существенно различаться в зависимости от профиля медицинской помощи, возраста пациентов, характера заболевания или травмы и этапа оказания медицинской помощи [2,3].

Особое значение проблема качества медицинской помощи приобретает в травматологии. Травматологические повреждения требуют своевременной диагностики и принятия обоснованного лечебного решения, поскольку задержка в распознавании повреждения или неправильная оценка его тяжести могут привести к вторичному



смещению костных отломков, нарушению функции конечности, развитию инфекционных и сосудисто-неврологических осложнений, необходимости более сложного лечения и увеличению периода реабилитации.

Одним из наиболее распространенных потенциальных источников дефектов при оказании медицинской помощи является диагностическая ошибка. Современный систематический обзор диагностических ошибок в отделениях неотложной помощи, включивший 279 исследований, показал, что ошибки диагностики могут приводить к серьезному вреду для пациентов, включая стойкую инвалидность и смерть. Среди ключевых факторов авторы выделяют недостатки диагностической оценки, назначения необходимых исследований и интерпретации полученных результатов [4]. При этом авторы подчеркивают многофакторный характер диагностических ошибок, связанных с недостатком знаний и навыков, особенностями клинической картины и ошибками клинического мышления [4].

Судебно-медицинский анализ медицинской помощи при травмах также показывает значимость диагностических и лечебных дефектов. В исследовании, основанном на материалах судебно-медицинских экспертиз случаев черепно-мозговой травмы, среди выявленных дефектов отмечались неправильная оценка состояния пациента, неправильная интерпретация клинических симптомов и невыполнение необходимых диагностических мероприятий; причинно-следственная связь между дефектом и неблагоприятным исходом была установлена более чем в половине случаев [5]. Эти данные подтверждают необходимость комплексного экспертного анализа не только самого факта нарушения, но и его влияния на последующее течение травматического процесса.

Важное место в изучении ДОМП занимают комиссионные судебно-медицинские экспертизы. Их особенностью является возможность коллективного анализа медицинской документации специалистами различного профиля и оценки соответствия оказанной помощи конкретной клинической ситуации. При этом экспертная оценка должна основываться на объективных медицинских данных и учитывать состояние пациента на момент обращения, тяжесть повреждения, доступность диагностических методов, своевременность лечебных мероприятий и особенности течения заболевания.

В Республике Узбекистан проблема ДОМП также изучается на основании материалов комиссионных судебно-медицинских экспертиз. Так, в исследовании, опубликованном в 2024 году, были проанализированы 3854 комиссионные судебно-медицинские экспертизы, проведенные в 2012–2021 годах по вопросам качества оказания медицинской помощи детям. Дефекты были выявлены в 9% исследованных экспертиз; среди них отмечались дефекты диагностики, лечения и организации медицинской



помощи. Авторы также оценивали причинно-следственную связь между выявленными дефектами и неблагоприятными исходами, включая инвалидность и смерть [6]. Полученные данные свидетельствуют о практической значимости использования материалов комиссионных судебно-медицинских экспертиз для выявления системных проблем качества медицинской помощи в условиях Республики Узбекистан.

Следует отметить, что выявление ДОМП само по себе не означает автоматического установления причинно-следственной связи с неблагоприятным исходом. Для объективной экспертной оценки необходимо определить, могло ли своевременное и правильное выполнение соответствующих диагностических или лечебных мероприятий изменить течение травмы или заболевания. Поэтому одним из центральных вопросов комиссионной судебно-медицинской экспертизы является установление характера связи между выявленным дефектом и исходом заболевания или травмы [2,5,6].

Судебно-медицинская оценка качества оказания медицинской помощи имеет также важное профилактическое значение. Анализ структуры и причин ДОМП позволяет определить наиболее уязвимые этапы медицинской помощи, выявить типичные диагностические и лечебные ошибки и разработать мероприятия по их предупреждению. Роль судебных медиков в оценке качества медицинской помощи рассматривается как часть более широкой системы контроля безопасности пациентов и профилактики предотвратимых неблагоприятных исходов [7].

Таким образом, проблема дефектов оказания медицинской помощи в травматологии имеет одновременно медицинское, судебно-медицинское и организационное значение. Особого внимания требуют диагностические дефекты, поскольку именно своевременное распознавание травматического повреждения является основой выбора правильной лечебной тактики. Изучение материалов комиссионных судебно-медицинских экспертиз позволяет объективно оценить структуру ДОМП, причины их возникновения, место допущения, характер и тяжесть последствий.

Цель исследования

Целью настоящей работы явился анализ видов, этапов, причин возникновения, исходов и дефектов оказания медицинской помощи (ДОМП) в деятельности врачей-травматологов на основании материалов комиссионных судебно-медицинских экспертиз.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 155 заключений комиссионных судебно-медицинских экспертиз (КСМЭ) Самаркандского областного бюро судебно-медицинской экспертизы, выполненных в период с 2012 по 2021 годы по вопросам ненадлежащего оказания медицинской помощи.



Из общего количества изученных заключений были выделены экспертные наблюдения, в которых медицинская помощь оказывалась пациентам с травматологической патологией. Анализ проводился с учетом следующих критериев:

- вида выявленного дефекта медицинской помощи;
- характера диагностических нарушений;
- характера лечебных дефектов;
- организационных дефектов;
- причин возникновения ДОМП;
- этапа оказания медицинской помощи;
- места допущения дефекта;
- исхода выявленного дефекта;
- наличия либо отсутствия причинно-следственной связи между дефектом и неблагоприятным исходом.

При оценке экспертных материалов учитывались сведения, содержащиеся в медицинской документации, результаты обследования пациентов, данные лабораторных и инструментальных исследований, сведения о проведенном лечении, оперативных вмешательствах и динамике состояния больного.

Полученные данные подвергались статистической обработке с расчетом абсолютных значений и относительных показателей в процентах.

Результаты исследования

Из 155 заключений КСМЭ в 7 случаях (4,5%) были выявлены дефекты оказания медицинской помощи в деятельности врачей-травматологов. Анализ структуры выявленных дефектов показал, что преобладали нарушения диагностического характера. Дефекты диагностики были выявлены в 5 случаях (71,4%). Основным проявлением диагностических дефектов являлось нераспознавание имеющегося основного заболевания или травматического повреждения. В частности, экспертный анализ выявил случаи, когда своевременно не были диагностированы закрытые переломы длинных трубчатых костей предплечья, костей кисти и бедренных костей. Данные наблюдения имеют существенное практическое значение, поскольку при травматологических повреждениях своевременное установление диагноза определяет дальнейшую тактику лечения. Нераспознавание перелома может приводить к несвоевременной иммобилизации, позднему направлению пациента к травматологу, неправильному выбору метода лечения и развитию вторичных осложнений.

Дефекты лечения выявлены в 1 случае (14,3%). Они заключались в несвоевременном проведении оперативного вмешательства. Позднее выполнение необходимой операции при определенных видах травм может способствовать



прогрессированию патологического процесса, увеличению периода восстановления и повышению риска развития осложнений. В 1 случае (14,3%) был выявлен организационный дефект, выражавшийся в недостаточном объеме оказанной медицинской помощи. В структуре выявленных ДОМП преобладали диагностические нарушения -71,4%, тогда как лечебные и организационные дефекты составляли по 14,3%.

При изучении причин возникновения ДОМП установлено, что в большинстве случаев -6 (85,7%) -дефекты были обусловлены субъективными причинами. Наиболее часто причиной являлась недостаточная квалификация медицинского персонала -2 случая (28,6%). Еще в 2 случаях (28,6%) причиной являлось невыполнение элементарных диагностических мероприятий, а также основных лабораторных и инструментальных методов исследования. В 1 случае (14,3%) отмечалось неквалифицированное проведение диагностического исследования, а еще в 1 случае (14,3%) -неправильная оценка результатов проведенного обследования.

Таким образом, основная часть выявленных субъективных причин была связана не столько с отсутствием необходимых диагностических возможностей, сколько с недостаточным использованием имеющихся диагностических ресурсов и неправильной интерпретацией полученных результатов. В 1 случае (14,3%) была установлена объективная причина в виде отказа пациента от обследования и лечения.

Следовательно, при судебно-медицинской оценке ДОМП необходимо дифференцировать профессиональные действия медицинского персонала от обстоятельств, которые объективно ограничивали возможность своевременной диагностики и лечения. Анализ распределения дефектов по месту их возникновения показал, что подавляющее большинство ДОМП было допущено на госпитальном этапе - 6 случаев (85,7%). Из них в центральных районных больницах (ЦРБ) выявлено 4 случая (57,1%), в подразделениях экстренной медицинской помощи -2 случая (28,6%). В 1 случае (14,3%) дефект был допущен на уровне городской поликлиники.

При анализе исходов установлено, что выявленные дефекты имели различную степень влияния на состояние пациентов. В 2 случаях (28,6%) ДОМП непосредственно способствовали наступлению смерти. В 2 случаях (28,6%) выявленные дефекты были связаны с наступлением инвалидности. В 3 случаях (42,8%) дефекты привели к удлинению сроков лечения.

Таким образом, в общей структуре неблагоприятных исходов наиболее часто наблюдалось увеличение продолжительности лечения, однако в значительной части наблюдений дефекты имели более тяжелые последствия -инвалидизацию и летальный исход. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости особого внимания к ранней диагностике травматологических повреждений, поскольку своевременное



распознавание переломов и других повреждений является одним из ключевых условий предотвращения осложнений.

Обсуждение

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что в структуре дефектов оказания медицинской помощи врачами-травматологами наиболее значимую долю составляют диагностические нарушения. В нашем исследовании они выявлены в 5 из 7 случаев, что соответствует 71,4% от всех установленных ДОМП.

Такое распределение имеет важное практическое значение. Травматологическая помощь характеризуется необходимостью принятия решений в ограниченные сроки, поскольку последствия несвоевременной диагностики могут быстро становиться необратимыми. При этом диагностический процесс при травме включает не только клинический осмотр, но и обязательное использование соответствующих инструментальных методов исследования. Особого внимания заслуживает тот факт, что в 2 случаях (28,6%) причиной дефекта явилось невыполнение элементарных диагностических мероприятий и основных лабораторно-инструментальных исследований. Это указывает на необходимость совершенствования алгоритмов обследования пациентов с травмами и усиления контроля за соблюдением стандартов диагностического поиска. Еще в одном случае причиной являлось неправильное оценивание результатов проведенного обследования. Следовательно, даже наличие необходимого диагностического исследования само по себе не гарантирует правильного установления диагноза. Существенное значение имеют профессиональная компетентность специалиста, правильная интерпретация полученных результатов и сопоставление данных инструментального исследования с клинической картиной.

В нашем исследовании недостаточная квалификация медицинского персонала была установлена в 2 случаях (28,6%). Данный показатель указывает на необходимость постоянного повышения квалификации специалистов, особенно в отношении диагностики травматологических повреждений, современных методов визуализации и принципов выбора лечебной тактики. Преобладание дефектов на госпитальном этапе - 6 случаев (85,7%) - также представляет практический интерес. Именно в условиях стационара осуществляется окончательная диагностика, определяется необходимость оперативного лечения и формируется основная лечебная стратегия. Поэтому совершенствование внутреннего контроля качества медицинской помощи на данном этапе может иметь существенное значение для предупреждения аналогичных дефектов. Важным результатом является выявление связи ДОМП с тяжелыми исходами. В 2 случаях (28,6%) дефекты непосредственно способствовали наступлению смерти, еще в 2



случаях (28,6%) -инвалидности. При этом в 3 случаях (42,8%) отмечалось удлинение сроков лечения.

При экспертной оценке подобных случаев необходимо принципиально разграничивать понятия «дефект медицинской помощи» и «причина неблагоприятного исхода». Наличие дефекта не всегда означает его прямую причинную связь с исходом. Для установления такой связи необходимо учитывать исходную тяжесть травмы, состояние пациента при поступлении, объем повреждений, своевременность обращения за медицинской помощью, наличие сопутствующих заболеваний и другие объективные обстоятельства. В нашем исследовании в одном случае объективной причиной возникновения ДОМП был отказ пациента от обследования и лечения. Это обстоятельство имеет существенное значение при проведении судебно-медицинской экспертизы, поскольку медицинский работник не всегда располагает объективной возможностью реализовать необходимый объем диагностических и лечебных мероприятий при отказе пациента. Полученные данные позволяют сделать вывод о необходимости совершенствования не только профессиональной подготовки врачей-травматологов, но и организационных механизмов контроля качества медицинской помощи. В частности, целесообразно усилить контроль за полнотой первичного обследования, соблюдением алгоритмов диагностики переломов, своевременностью выполнения инструментальных исследований и правильностью интерпретации их результатов. Практическое значение имеет также повышение качества медицинской документации. Полное отражение жалоб пациента, результатов объективного осмотра, данных инструментальных исследований, поставленного диагноза, обоснования лечебной тактики и динамики состояния позволяет не только обеспечить преемственность медицинской помощи, но и объективно оценить качество оказанной помощи при последующем экспертном исследовании.

Судебно-медицинский анализ подобных случаев позволяет выявлять системные проблемы оказания травматологической помощи и определять направления их профилактики. При этом результаты КСМЭ могут использоваться не только для решения конкретных экспертных вопросов, но и для совершенствования организации медицинской помощи, повышения квалификации специалистов и разработки профилактических мероприятий.

Выводы

1. Из 155 заключений комиссионных судебно-медицинских экспертиз, проведенных по поводу ненадлежащего оказания медицинской помощи, дефекты в деятельности врачей-травматологов выявлены в 7 случаях (4,5%).



2. В структуре выявленных дефектов преобладали диагностические дефекты -5 случаев (71,4%), которые преимущественно выражались в нераспознавании травматических повреждений, в том числе закрытых переломов длинных трубчатых костей предплечья, костей кисти и бедренных костей.

3. Дефекты лечения выявлены в 1 случае (14,3%) и были обусловлены поздним проведением оперативного вмешательства.

4. Организационный дефект выявлен в 1 случае (14,3%) и заключался в недостаточном объеме оказанной медицинской помощи.

5. В большинстве случаев -6 (85,7%) -причиной возникновения ДОМП являлись субъективные факторы. Среди них недостаточная квалификация медицинского персонала -2 случая (28,6%), невыполнение необходимых диагностических мероприятий и основных лабораторно-инструментальных исследований -2 случая (28,6%), неквалифицированное проведение диагностических исследований -1 случай (14,3%) и неправильная оценка результатов обследования -1 случай (14,3%).

6. Объективная причина в виде отказа пациента от обследования и лечения установлена в 1 случае (14,3%).

7. Наиболее часто дефекты возникали на **госпитальном этапе -6 случаев (85,7%)**, в том числе в ЦРБ -4 случая (57,1%) и подразделениях экстренной медицинской помощи -2 случая (28,6%). На амбулаторном этапе дефект выявлен в 1 случае (14,3%).

8. По исходам ДОМП в **2 случаях (28,6%)** способствовали наступлению смерти, в **2 случаях (28,6%)** -инвалидности, а в **3 случаях (42,8%)** -удлинению сроков лечения.

9. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости усиления контроля качества медицинской помощи на госпитальном этапе, совершенствования алгоритмов диагностики травматологических повреждений и повышения профессиональной подготовки врачей-травматологов.

10. При проведении комиссионной судебно-медицинской экспертизы необходимо проводить комплексную оценку характера дефекта, причины его возникновения, своевременности диагностических и лечебных мероприятий и, главное, устанавливать наличие либо отсутствие причинно-следственной связи между выявленным дефектом и неблагоприятным исходом.

Литература для введения

1. Конституция Республики Узбекистан. 1992 г. (статья 48)



2. Андреев В.В., Быховская О.А., Богданова Л.Е., Коссовой А.Л. Дефекты оказания медицинской помощи населению и их судебно-медицинская оценка // Судебно-медицинская экспертиза. 1994. Т. 37, № 2. С. 5–9.
3. Томилин В.В., Соседко Ю.И. Судебно-медицинская оценка дефектов оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Российской Федерации // Судебно-медицинская экспертиза. 2000. Т. 43, № 1. С. 3–7.
4. Newman-Toker D.E., et al. Diagnostic Errors in the Emergency Department: A Systematic Review. *AHRQ Comparative Effectiveness Review*. 2022.
5. Characteristics of therapeutic and diagnostic errors in the management of traumatic brain injury by healthcare professionals: insights from forensic medical examinations on the quality of medical care. 2024.
6. Гиясов З.А., Бахриев И.И., Соколова О.В., Дехконов М.А., Хакимов С.А. Анализ дефектов оказания медицинской помощи детям по материалам комиссионных судебно-медицинских экспертиз, выполненных в Республике Узбекистан // Судебно-медицинская экспертиза. 2024. Т. 67, № 5. С. 15–18. DOI: 10.17116/sudmed20246705115.
7. The role of the forensic pathologist in quality assurance and safety of patient care. *Forensic Science, Medicine and Pathology*. 2005.