

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТОВ ПРИ
ДЕФЕКТАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

*И.И.Бахриев¹, Ш.Э.Исламов², Б.А.Ешмуратов¹,
Ф.Н.Лочин¹, А.А.Сулейманов¹*

¹*Ташкентская медицинская академия*

²*Самаркандский государственный медицинский университет*

Резюме. В статье освещены критерии судебно-медицинской оценки степени тяжести ущерба, нанесенного здоровью при ненадлежащем оказании медицинской помощи. Предлагается методика установления степени вреда, причиненного здоровью при дефектах медицинской помощи.

Ключевые слова: ненадлежащее оказание медицинской помощи, дефекты медицинской помощи, ущерб, нанесенный здоровью, степень тяжести, судебно-медицинские критерии.

Resume. Criteria of forensic medical estimation of severity degree damage to health on inadequate medical care are interpreted in the article. Methods to estimate the degree of damage to health are suggested in cases of medical care defects.

Key words: inadequate medical care, defects of medical care, damage to health, severity degree, forensic medical criteria.

Актуальность. Нарушение медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей способствует развитию различного рода последствий, которые негативно отражаются как на здоровье граждан [1], так и приводят к нарушению их прав в области охраны здоровья (Университетский медицинский центр Кентукки, США), Институт Омбудсмена Европы [5].

По мнению других авторов, квалификация имеющихся повреждений, причиненных при оказании медицинской помощи (МП) больным, обычно затруднений не представляет. Трудности обычно возникают при установлении наличия (или отсутствия) причинно-следственной связи [6].

Оценка вреда причиненного здоровью при оказании МП неполно освещена в печати [1, 3, 5], хотя отдельными авторами предприняты меры для ее оценки [2, 7, 10].

А.В.Капустин отметил, что указанная экспертиза включает ряд сложных и неразработанных проблем - это краткость статей Уголовного Кодекса, содержащих термины, относящиеся к вреду здоровья, которые только назвали, но не охарактеризовали [4]. А также вопросы характеристики многочисленных повреждений и патологических состояний, оценка степени тяжести вреда здоровью при которых является недостаточно ясной [8]. Отмечена

необходимость ввода специальной статьи в Уголовный Кодекс, которая предусматривала бы ответственность именно медицинских работников за вред, нанесенный здоровью или жизни пациента [9].

Цель исследования. Определение степени тяжести причиненного ущерба при ненадлежащем оказании медицинской помощи и разработка судебно-медицинских критериев при наличии непрямой причинно-следственной связи между неблагоприятным исходом и оказанной медицинской помощью.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования послужили заключения комиссионных судебно-медицинских экспертиз, назначенных по поводу профессиональных правонарушений медицинских работников правоохранительными органами и проведенных во всех судебно-медицинских учреждениях Республики Узбекистан в период с 1999 по 2010 гг.

Результаты исследования. Анализ выводов заключений КСМЭ свидетельствует о том, что степень тяжести причиненного вреда здоровью, не всегда оценивается характером наступившего неблагоприятного исхода. При этом, ухудшение состояния здоровья потерпевшего в результате ДМП, иногда принималось ЭК за основание для увеличения степени тяжести нанесенного вреда здоровью. В выводах комиссии часто не приводится отдельной оценки степени тяжести телесных повреждений и последствий ДМП.

Лишь в отдельных случаях правоохранительными органами ставился вопрос об оценке степени вреда, причиненного здоровью, вследствие ненадлежащего оказания МП. А по собственной инициативе члены ЭК лишь в единичных случаях, давали ответ на подобный вопрос. Следует отметить незначительный рост решения подобных вопросов в последние годы исследования.

Критерий «опасность для жизни» учитывается при повреждениях внутренних органов, повлекших серьезные осложнения. Признак «стойкая утрата общей трудоспособности» применяется, при возникновении осложнений или необратимых процессов с потерей органа или нарушением его функции. При дефектах медицинских вмешательств, в результате которых были повреждены органы или ткани, отмечалось длительное расстройство здоровья. Также причиненный вред здоровью, может быть оценен как тяжкий, по признаку потери зрения, речи, слуха, утраты органа или его функции.

При наличии реальной возможности оказания полноценной МП для предотвращения неблагоприятного исхода, врачом, почему то, эта возможность не реализуется. В подобных ситуациях степень тяжести причиненного вреда здоровью (т.е. ДМП) можно оценивать в зависимости от характера наступившего неблагоприятного исхода.

По степени влияния на исход ДМП, нами предложены следующие их виды:

оказал существенное влияние и способствовал наступлению смерти, летальный исход, удлинение срока лечения, наступление инвалидности.

По существующему законодательству, при определении степени тяжести телесных повреждений судебно-медицинский эксперт должен руководствоваться статьями УК РУз (104 ст., 105 ст., 109 ст.), а также «Правилами определения степени тяжести телесных повреждений» (Приказ № 153 МЗ РУз от 01.06.2012 г.).

Результаты анализа последствий дефектов медицинской помощи с определением степени вреда, нанесенного здоровью пациентов при ненадлежащем оказании МП (прямая связь), представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Оценка степени вреда, причиненного здоровью при дефектах
медицинской помощи (прямая связь)**

Исход ДМП	Тяжкие телесные повреждения	Телесные повреждения средней тяжести	Легкие телесные повреждения, причинившие расстройство здоровья	Легкие телесные повреждения без расстройства здоровья	Всего
удлинение срока лечения	50 (22,9%)	34 (15,6%)	117 (53,7%)	17 (7,8%)	218 (40,1%)
наступление инвалидности	34 (30,1%)	34 (30,1%)	45 (39,8%)	0	113 (20,8%)
летальный исход	160 (75,3%)	26 (12,3%)	26 (12,3%)	0	212 (39,1%)
Всего	244 (44,9%)	94 (17,3%)	188 (34,6%)	17 (3,1%)	543

Нами предлагается методика установления степени вреда, причиненного здоровью, при ненадлежащем оказании медицинской помощи (дефектах).

Влияние ненадлежащих действий врача на патологический процесс может проявляться в следующих формах:

1. Отсутствие какого-либо взаимодействия, когда патологический процесс (заболевание, травма) развивается закономерно, и врачебные действия либо не

оказывают на его течение какого-либо значимого влияния, либо замедляют темп его развития. Ненадлежащие действия врача не приводят к возникновению новой болезни, и вред здоровью причинен в результате закономерного хода основного (имевшегося) патологического процесса, т.е. действия врача не состоят в причинной связи с наступившим исходом. Основным (определяющим) в наступлении исхода является тяжесть патологического процесса, и нет возможности сохранить жизнь пациента даже при условии правильного оказания МП (либо невозможно прогнозировать исход).

2. Ненадлежащие действия врача не вызвали возникновения нового патологического процесса, но они усугубили или ускорили течение имевшегося патологического процесса, т.е. выступили в роли способствующих факторов (условий), которые сами по себе, не будучи прямой причиной, способствуют наступлению исхода, так как в случае смерти пациента в результате отсутствия своевременной МП, причиной гибели является само заболевание (травма), а отсутствие МП – это условие гибели, но не причина. Такие врачебные действия состоят в форме опосредованной причинно- следственной связи.

При этом, как правило, ненадлежащие действия врача (ДМП) оказывают существенное влияние на наступление неблагоприятного исхода. При условии оказания полноценной МП имеется реальная возможность предотвращения этого исхода, но врач не смог реализовать эту возможность.

В подобных ситуациях степень тяжести причиненного вреда здоровью (т.е. ДМП) можно оценивать в зависимости от характера наступившего неблагоприятного исхода.

В результате ненадлежащего действия врача возник новый патологический процесс, при этом взаимодействие с основной (имевшейся) патологией может быть различным:

а) основной (имевшийся) патологический процесс не оказал влияние на возникновение и течение новой патологии, и именно, последняя привела к неблагоприятным последствиям, т.е. ненадлежащие действия врача состоят в прямой причинно-следственной связи с наступившим исходом.

б) основной (имевшийся) патологический процесс оказал влияния на возникновение и течение новой патологии, и занимал ведущее место в наступлении исхода, т.е. ненадлежащие действия врача причинно связаны с наступившим исходом в форме не прямой (опосредованной) причинно-следственной связи.

в) возникшая в результате ненадлежащего действия врача новая патология углубила (ускорила) имевшийся патологический процесс, и имела ведущее (доминирующее) значение в наступлении неблагоприятных последствий. В этом случае новая патология (ДМП) переходит в разряд причины, а имевшийся до

ДМП процесс в разряд условий, поэтому действия врача следует оценивать как причинно связанные с наступившим исходом в форме прямой причинно-следственной связи.

Мы проводили оценку степени причиненного вреда в зависимости от формы причинно-следственной связи (прямая, непрямая), а также в соответствии со степенью тяжести.

Пример 1. Заключение № 67-2000.

Гр-ка А.М., 25 лет, поступила в городской роддом, где был установлен диагноз: «Беременность 38-39 недель, роды I». Плод извлечен кесаревым сечением. После родов отмечались боли в области матки, выделения из половых путей. На 10-е сутки после поступления состояние роженицы ухудшилось, выставлен диагноз: «Послеродовой прогрессирующий эндометрит». Пациентка взята на операцию – экстирпация матки. Через 19 дней выписана. Однако состояние ее ухудшалось, развилась острая почечная недостаточность и была госпитализирована в Республиканский центр урологии, где установлено: «Перевязка левого мочеточника, левосторонний гидронефроз». Прооперирована и в удовлетворительном состоянии выписана домой. Больная прошла ВТЭК, и ей установлена II группа инвалидности.

Анализ: основной процесс и ДМП (перевязка левого мочеточника (осложнение оперативного вмешательства)), который привел к развитию острой почечной недостаточности и левостороннего гидронефроза. Поэтому, причиненный в результате ДМП вред здоровью следует оценивать как **тяжкий** по признаку (опасности для жизни).

Пример 2. Заключение КСМЭ № 13-2000.

Гр. Н.О., 39 лет, был прооперирован по поводу ущемленной паховой грыжи в отделение экстренной хирургии ГБ. При этом брюшная полость и рана не дренированы, послеоперационная рана ушита наглухо. Через 7 дней пациент выписан домой. Спустя 12 дней после выписки, больной вновь госпитализирован с нагноением послеоперационной раны. Через 3 дня больной переведен в Республиканский центр хирургии (РЦХ), где прооперирован, выписан через 12 дней. Общая продолжительность лечения составила 2 месяца.

Анализ: заболевание и ДМП (дефект хирургического лечения) в исходе привели к удлинению срока лечения более, чем на 1 месяц. При недопущении ДМП срок лечения составил бы в среднем 3 недели. Причиненный в результате ДМП вред здоровью, можно оценить адекватно телесному повреждению СРЕДНЕЙ тяжести (по признаку длительности расстройства здоровья свыше 3-х недель).

Таким образом, при определении вреда, причиненного здоровью, вследствие допущения ДМП, необходимо определить причинно-следственную

связь между дефектом и неблагоприятным исходом. В дальнейшем оценку вреда здоровью нужно проводить с учетом наличия прямой или непрямо́й причинной связи между неблагоприятным исходом и ДМП в соответствии с положениями «Правил определения степени тяжести телесных повреждений».

Список литературы

1. Березников А.В., Конев В.П. Определение наличия вреда здоровью при проведении судебно-медицинской экспертизы случаев оказания терапевтической помощи //Матер. всерос. науч.-практ. конфер. «О проблемных вопросах в организации производства судебно-медицинских экспертиз». - Москва, 2009. - С. 16-20.

2. Бекназаров, Ш.Ю., Бахриев, И.И., Ганиева, Н.Х., Исламов, Ш.Э., & Бекназаров, Ж.Ш. Врачебная ошибка: понятие, виды, исход //Вестник Ташкентской медицинской академии, - 2022. - №1. С. 196-199.

3. Гиясов, З.А., Махсумхонов, К.А., Бахриев, И.И., & Исламов, Ш.Э. (2022). Ретроспективный судебно-медицинский анализ динамики показателей смертности при суицидах //Судебная медицина. - №4. - С. 37-46.

4. [Гиясов З.А., Назарова М.М., Бахриев И.И., Хакимов С.А., Вафоев З.Б.](#) К вопросу экспертной оценки медицинской помощи детям и подросткам // Вестник Ташкентской медицинской академии, - 2019. - №1. С. 49-52.

5. Диамандоурос П.Н. Права пациентов в современной Европе //Омбудсмены мира: Сб. статей и материалов. - Ташкент: «Ўзбекистон миллий энциклопедияси», 2006. - С. 289-302.

6. Капустин А.В. Об определении общей и профессиональной трудоспособности //Судебно-медицинская экспертиза. - Москва, 2003. - №2. - С. 7-9.

7. Клевно В.А., Абрамов А.С., Богомоллов Д.В., Звягин В.Н., Иванов П.Л., Капустин А.В., Соломатин Е.М., Сахаров Р.С. Актуальные и наиболее перспективные научные направления судебной медицины //Судебно-медицинская экспертиза. - Москва, 2007. - №1. - С. 3-8.

8. Сапрыкин С.Б., Проценков М.Г. Некоторые особенности установления причинно-следственных связей между повреждениями и их последствиями при оказании пострадавшим медицинской помощи //Судебно-медицинская экспертиза. - Москва, 2007. - №2. - С. 43-44.

9. Томилин В.В., Соседко Ю.И. Экспертная оценка последствий миграции катетеров по сосудистому руслу при катетеризации подключичных вен //Судебно-медицинская экспертиза. - Москва, 2002. - №4. - С. 5-6.

10. Mulligan F. Implementing solutions to prevent patient harm //Nurs. Stand. - 2006. - Jan. 18-24. - №20 (19). - P. 56-59.