

УДК 340.6: 614.23/.25: 616-036.8

## СУДОВО-МЕДИЧНИЙ АНАЛІЗ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ, ПОМЕРЛИМ ВІД ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ (ЗА ДАНИМИ КОМІСІЙНИХ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ)

**Плетенецька А.О.**

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,  
м. Київ.*

ЧМТ займає одне з провідних місць у структурі загального травматизму і є одним з найважливіших аспектів судово-медичних досліджень. Було досліджено 30 судово-медичних комісійних експертиз за «лікарськими справами» за 2007-2016, що стосувалися трупів осіб, померлих внаслідок ЧМТ. Було доведено, що в Україні у зазначених експертизах майже половину складають випадки неналежного лікування, що підтверджуються даними. Низька якість оформлення медичної документації значно ускладнює судово-медичну оцінку надання медичної допомоги. Втім, у недосконалих умовах медичні працівники інколи не в змозі виконувати свої професійні обов'язки ідеально. Тому дані дослідження повинні допомогли практичним клініцистам не допускатися типових помилок, що підвищить рівень надання медичної допомоги в Україні.

**Ключові слова:** *судово-медична експертиза, надання медичної допомоги, черепно-мозкова травма.*

### **Вступ**

За останній час кількість експертиз, призначених в рамках кримінальних справ за статтями Кримінального Кодексу, що стосуються надання медичної допомоги, значно підвищилася. Це підтверджується статистичними даними [1 — 4]. Слід зазначити, що черепно-мозкова травма (ЧМТ) при проведенні судово-медичних експертиз як за фактом смерті або встановлення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень, так і у випадках «лікарських справ», також займає одне з провідних місць [5, 6]. На сьогоднішній день в Україні існують протоколи надання медичної допомоги зі спеціальності «Нейрохірургія», де чітко прописаний алгоритм лікувально-діагностичних заходів щодо певної форми ЧМТ. Не зважаючи на це, практика показує, що кількість летальних випадків при неадекватному, невірному та несвоєчасному лікуванні залишається дуже великою саме за наявності ЧМТ. Причиною цього є те, що в клінічній практиці

часто зустрічаються випадки гіпер- або гіподіагностики, а значна умовність у визначенні клінічних меж ЧМТ сприяє неправильному визначенню клініцистами тяжкості ушкодження головного мозку, особливо в дитячому, похилому і старечому віці [7]. Особливості судово-медичної експертизи ЧМТ полягають в тому, що у переважній більшості випадків висновки експерта необхідно складати на основі клінічної симптоматики і додаткових методів дослідження гострого періоду, які відомі тільки з медичних документів (медичні карти стаціонарного і амбулаторного хворого). Отже, знання клінічних дисциплін, таких як неврологія та нейрохірургія, є необхідним також і судово-медичним експертам. На це наголошують і закордонні дослідники, оскільки у більшості високорозвинених країн світу судово-медичні експертизи у випадках ЧМТ проводяться судовими нейрофізіологами [8-10]. Для вирішення актуального питання щодо якості надання медичної допомо-

ги в Україні, зокрема у випадках ЧМТ, слід, перш за все, розібратися не тільки у дефектах, а і у причинах таких дефектів.

**Метою дослідження** було провести судово-медичний аналіз надання медичної допомоги хворим, померлим від черепно-мозкової травми, за даними комісійних судово-медичних експертиз ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України», Київського міського клінічного бюро судово-медичної експертизи, Житомирським обласного бюро судово-медичної експертизи.

#### Матеріали і методи

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 (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, 6 заклади невідкладної медичної допомоги (НМД), час доставки в лікарню, час початку надання медичної допомоги, АТС (артеріальний тиск систолічний), АД (артеріальний тиск діастолічний), ЧСС, стан хворого, свідомість, наявність описаних тілесних ушкоджень, огляд спеціалістами, додаткові дослід-

ження, операція, час операції, клінічний діагноз основний, супутній.

Отримані дані підлягали статистичній обробці стандартними методиками описової статистики за допомогою програми EXEL.

#### Результати дослідження та їх обговорення

При статистичному аналізі комісійних судово-медичних експертиз, проведених у зазначених бюро, було виявлено наступне. Серед усіх досліджуваних випадків було 86, 67 % чоловіків (26) та 13,33 % жінок (4).

Час смерті з 8.00 до 17.00 (тобто у робочий час) склав 30 % (9 випадків), з 17.01 до 7.59-53,33 % (16 випадків), у 16,67 % (5 випадків) час смерті був не вказаний.

Розподіл за віком був наступний: до 20 років -6,66 % (2), 21-30- 23,33 % (7), 31-40-16,67 % (5), 41-50-20 % (6), 51-60- 6,66 % (2), 61-70-6,66 % (2), більше 71- 6,66 % (2), не вказано вік- 13,33 % (4).

Супутня патологія була наявна у потерпілих лише у 13,33 % (4х випадках).

Звертає на себе увагу той факт, що у медичній документації дата та час приїзду «швидкої допомоги» були вказані тільки у 16,67 % (5 випадків), 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.

При оцінці лікувальних закладів, в яких знаходилися потерпілі, було виявлено наступне: 33,34 % (10 випадків) — лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги, 30 % (9 випадків) — центральні районні лікарні, по 6,66 % (2

випадки) — міські районні лікарні та обласні клінічні лікарні, 3,33 % (1 випадок) — спеціалізовані лікувальні заклади.

Розподіл за часом початку надання медичної допомоги від моменту доставки у лікувальний заклад був наступний: до 10 хвилин — 53,34 % (16 випадків), 11-20, 21 -30, 31-40 хвилин — по 3,33 % (по 1 випадку), від 51 до 60 хвилин — 6,66 % (2 випадки). У решті випадків (36,66 %) початку надання медичної допомоги не був вказаний, що є дуже важливим при судово-медичній оцінці надання медичної допомоги саме у ранні терміни!

Що стосується видимих тілесних ушкоджень, то не було описано їх у 16,67 % (5 випадків), в 1му випадку тілесних ушкоджень не було, у решті 80 % описані не повністю (24 випадки).

Артеріальний тиск: систолічний не було описано в 30 % (9 випадків), диастолічний — 33,3 % (10 випадків). Частоту серцевих скорочень не було описано у 36,67 % (11 випадків).

Стан хворого при надходженні до лікувального закладу був розцінений лікарями, як-середньої тяжкості — у 15,67 % (5 випадків), важкий — 46,67 % (14 випадків), вкрай важкий — у 6,66 % (2 випадки). При цьому у 30 % стан хворого взагалі лікарями не був розцінений за важкістю (9 випадків).

У стані свідомості на момент приїзду до лікарні перебувало 43,33 % (13 осіб), без свідомості- 40 % (12 осіб), у 16,67 % (5 випадках) стан свідомості описаний не був взагалі.

Огляд спеціалістами: не було оглянуто хворих невропатологом- у 80 % (у 24 випадках), нейрохірургом- у 20 % (6 випадках), хірургом/ травматологом — у 30 % (9 випадках), анестезіологом- у 20 % (6 випадках), офтальмологом- у 83,33 % (25 випадках). Інші спеціалісти оглядали хворих тільки у третині випадків- 33,3 % (10). Враховуючи важкість ЧМТ у хворих у досліджуваних випадках слід вважати, що всі вказані спеціалісти повинні були оглядати хворих.

Додаткові дослідження: не було проведено рентгенограму кісток черепа- у 50 % (15 випадках), УЗД- у 96,67 % (29 випадках), КТ/ЯМРТ голови- у 46,67 % (14 випадках), люмбальну пункцію — у 86,67 % (26 випадках). Інші додаткові інструментальні дослідження було проведено хворим лише у 16,67 % (5 випадках). Слід зазначити, що, враховуючи важкість ЧМТ у даних випадках, хворим у всіх випадках було показано проведення вказаних додаткових досліджень, окрім УЗД (що було показано тільки за наявності супутньої патології) та ЛП (яка протипоказана у деяких випадках, наприклад, при підозрі на внутрішньочерепні крововиливи, через можливість розвитку дислокації головного мозку).

За показаннями операцію провели в 43,33 % (13 випадках), з них тільки 69 % (9) своєчасно!!! (у зазначених випадках операція була показана всім хворим, виключення склали ті випадки, коли проведення операції було вже недоцільним внаслідок невідворотності смерті, коли хворі були доставлені вже в термінальному стані; таких випадків було 7- 23,33 %). Тобто у 33,3 % (10) випадках за наявності показань мав місце дефект у вигляді непроведення оперативного втручання!

Відповідність клінічного діагнозу судово-медичному, 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. Слід також зазначити, що неповну відповідність діагнозу, що спостерігалася у більшості досліджень, склали не тільки випадки, коли, наприклад, та чи інша форма ЧМТ була розцінені невірно, а у більшості це були випадки, коли лікарі писали громіздкі і масивні діагнози, намагаючись знайти у хворого багато патології. Сюди, зазвичай, клініцисти писали і серцево-судинну та легеневу, печінкову недостатність, і отруєння, і купу діагнозів, які, як виявляло-

ся при судово-медичному дослідженні трупа, були відсутні. І це незважаючи на те, що в даних експертизах мала місце ізольована ЧМТ з доволі чіткими клінічними симптомами. Вражає також, що у багатьох випадках діагнози клініцистами були сформульовані не тільки невірно, а і не у відповідності до нозологічних одиниць МКБ 10 (Наприклад, діагноз «Знепритомніння»). Практика також показує, що величезні діагнози пишуться просто з метою того, щоб «нічого не впустити», тобто, якщо знайти багато діагнозів, то хоча б один з них у решті решт підійде. 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!

**Висновки і перспективи подальших досліджень у даному напрямку**

1. При статистичному аналізі комісійних судово-медичних експертиз, проведених у різних бюро СМЕ України, було виявлено, що у 16,67 % час смерті був не вказаний, у медичній документації дата та час приїзду «швидкої допомоги» були вказані тільки у 16,67 % (5 випадків), у решті ж випадків супровідні талони виїзду «швидкої допомоги» в медичній документації були відсутні, 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. У 36,66 % випадків час початку надання медичної допомоги не був вказаний, що є дуже важливим при судово-медичній оцінці 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. Що стосується якості та своєчасності надання медичної допомоги, то виявилось, що за показаннями операцію провели в 43,33 %, з них тільки 69 % своєчасно!!! Тобто у 33,3 % випадків за наявності показань мав місце дефект у вигляді не проведення оперативного втручання!
3. Відповідність клінічного діагнозу судово-медичному, встановленому після розтину, спостерігалася тільки у 26,67 %, неповна відповідність- у 53,33 %, у 20 % 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!
4. Наведені дані, на жаль підтверджують, що в Україні у випадках призначених експертиз щодо надання медичної допомоги, зокрема, у випадках ЧМТ 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.

Втім, слід зазначити, що наведені дані є категоричними і тому, що аналізувалися тільки так звані «гучні випадки», у яких призначалися кримінальні справи. У той же час, враховуючи недосконалість системи медицини в Україні, низький рівень фінансування, забезпечення лікарів належними умовами праці, а також велике навантаження на медич-

них працівників, слід реформувати систему охорони здоров'я. Зрозуміло, що в таких недосконалих умовах медичні працівники інколи просто фізично не в змозі виконувати свої професійні обов'язки ідеально. Тому, насамперед, бажано, щоб дані дослідження допомогли практичним клініцистам не допускати типових помилок, що 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

1. A. Pletenetska. Forensic-medical estimation of the non-lethal traumatic brain injury of victims, who were treated in medical institutions // Судово-медична експертиза. — 2015- №2. — С. 55-60.
2. A. Pletenetska. 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. / Alina Pletenetska, Arina Lehedza // Судово-медична експертиза. — 2015- №2. — С. 81-88.
3. A. Pletenetska. Analysis of forensic examinations in criminal cases against health workers in connection with the performance of professional duties according to the SI "The Main Bureau of Forensic Examination of Ministry of the Health of Ukraine" // Український журнал медицини, біології та спорту. — 2015- №2 (2). — С. 156-159.
4. Черний В.И. Алгоритм лечения тяжелой черепно-мозговой травмы // Медицина неотложных состояний. — 2013. — С. 37-42.
5. Попов В. Л. Черепно-мозговая травма: Судебно-медицинские аспекты / В. Попов. — Л.: Медицина, 1988. — 240 с.
6. Сотрясение головного мозга / Б. А. Саркисян, Н. В. Бастуев, И. В. Паньков, В. С. Трубочников. — Новосибирск: Наука. Сибирская издательская фирма РАН, 2000. — 104 с.
7. Robert P. Granacher. Forensic Issues in the Structural or Functional Neuroimaging of Traumatic Brain Injury / R/ Granacher. — Lexington, KY, USA: Department of Psychiatry, University of Kentucky College of Medicine, Lexington Forensic Neuropsychiatry, 2013 — 120 p.
8. Gr. Murrey. The Forensic Evaluation of Traumatic Brain Injury: A Handbook for Clinicians and Attorneys/ Gr. Murrey, D. Starzinski. — USA: Second Edition Hardcover — November 8, 2007— 170 p.
9. Jonathan M. Silver, Thomas. Textbook of Traumatic Brain Injury / Jonathan M. Silver, Thomas, W. McAllister, Stuart, C. Yudofsky— USA, 2011—125 p.

### References

1. A. Pletenetska. Analysis of defects, allowed by health workers in cases of traumatic brain injury, according to the regional bureau of forensic examination in Ukraine // Proceedings of spivrob. NMAPE named PL PL. Kiev. — Vol. 24- 2015. — V.4 — S.218-224.
2. A. Pletenetska. Forensic-medical estimation of the non-lethal traumatic brain injury of victims, who were treated in medical institutions // Forensic examination. — 2015- №2. — P. 55-60.
3. A. Pletenetska. 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. / Alina Pletenetsky, Arina Lehedza // Forensic examination. — 2015- №2. — P. 81-88.
4. A. Pletenetska. Analysis of forensic examinations in criminal cases against health workers in connection with the performance of professional duties according to the SI "The Main Bureau of Forensic Examination of Ministry of the Health of Ukraine" // Ukrainian Journal of Medicine, Biology and Sports. — 2015- №2 (2). — S. 156-159.
5. Cherniy V.I. Algorithm of treatment severe traumatic brain injuries // // Medical emergency conditions — 2013. — P. 37-42.
6. Popov V.L. Traumatic brain injury: Forensic-medical aspects / V. Popov. — L.: Medicine, 1988. — 240 p.
7. Concussion / BA Sargsyan, NV, on strike, IV Pankov, B.C. Trubchenkov. — Novosibirsk: Nauka. RAS Siberian Publishing House, 2000. — 104 с.
8. Robert P. Granacher. Forensic Issues in the Structural or Functional Neuroimaging of Traumatic Brain Injury / R / Granacher. — Lexington, KY, USA: Department of Psychiatry, University of Kentucky College of Medicine, Lexington Forensic Neuropsychiatry, 2013 — 120 p.

9. Gregory Murrey Ph.D. The Forensic Evaluation of Traumatic Brain Injury: A Handbook for Clinicians and Attorneys / Gregory Murrey Ph.D., Donald Starzinski Ph.D. M.D. — USA: Second Edition Hardcover — November 8, 2007-170 p.
10. Jonathan M. Silver, Thomas. Textbook of Traumatic Brain Injury / Jonathan M. Silver, Thomas, W. McAllister, Stuart, C. Yudofsky-USA, 2011-125 p.

**Резюме**

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ АНАЛИЗ  
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
БОЛЬНЫМ, УМЕРШИМ ОТ ЧЕРЕПНО-  
МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ (ПО ДАННЫМ  
КОМИССИОННЫХ СУДЕБНО-  
МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ)

*Плетенецкая А.А.*

Содержание. ЧМТ занимает одно из ведущих мест в структуре общего травматизма и является одним из важнейших аспектов судебно-медицинских исследований. Было исследовано 30 судебно-медицинских комиссионных экспертиз «лекарственными делами» при ЧМТ за 2007-2016 г. г. Было доказано, что в Украине в указанных экспертизах почти половину составляют случаи ненадлежащего лечения, что подтверждается полученными данными. Низкое качество оформления медицинской документации затрудняет судебно-медицинскую оценку оказания медицинской помощи. Однако в несовершенных условиях медицинские работники иногда не в состоянии выполнять свои профессиональные обязанности идеально. Поэтому данные исследования должны помочь практическим клиницистам не допускать типичных ошибок, что повы-

сит уровень оказания медицинской помощи в Украине.

**Ключевые слова:** *судебно-медицинская экспертиза, оказание медицинской помощи, черепно-мозговая травма.*

**Summary**

FORENSIC-MEDICAL ANALYSIS OF  
PROVIDE MEDICAL CARE TO PERSONS,  
WHO DIED OF TRAUMATIC BRAIN  
INJURY (ACCORDING TO THE  
COMMISSION FORENSIC  
EXAMINATIONS)

*Pletenetskaya A.A.*

Summary. TBI is one of the leading places in the structure of total injuries and one of the most important aspects of forensic investigations. It was examined 30 commission forensic examinations for “Doctoring” for 2007-2016, dealing with the corpses of people, who died as a result of TBI. It has been proven, that in Ukraine in cases of these examinations almost half were cases of improper treatment, supported by data. Low quality of medical records complicates the forensic evaluation of care. However, the imperfect conditions of health workers are sometimes unable to perform their duties perfectly. Therefore, these studies should help clinicians not allowed practical common mistakes, that will increase the level of care in Ukraine.

**Keywords:** *forensic examination, medical care, traumatic brain injury.*

*Впервые поступила в редакцию 15.08.2016 г.  
Рекомендована к печати на заседании  
редакционной коллегии после рецензирования*