

На правах рукописи

**МАКСИМОВ**

**Александр Викторович**

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С  
СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ**

14.03.05 - «Судебная медицина»

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2014

Работа выполнена в ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор КЛЕВНО Владимир Александрович

**Официальные оппоненты:**

Доктор медицинских наук, профессор КОНЕВ Владимир Павлович, заведующий кафедрой судебной медицины с курсом правоведения ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава России

Кандидат медицинских наук, доцент БАРИНОВ Евгений Христофорович, заведующий учебной частью кафедры судебной медицины и медицинского права ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

**Ведущая организация:**

ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава России

Защита состоится «25» сентября 2014 года в «14-00» часов на заседании диссертационного совета Д 208.070.01 при федеральном государственном бюджетном учреждении «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Российской Федерации (125284, Москва, ул. Поликарпова, д.12/13).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке федерального государственного бюджетного учреждения «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Российской Федерации (125284, Москва, ул. Поликарпова, д.12/13).

Автореферат разослан «28» февраля 2014 г.

Ученый секретарь диссертационного совета  
кандидат медицинских наук, доцент

Г.Х.Романенко

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность исследования

Сочетанная травма признается общественностью как острейшая медико-социальная проблема, стоящая в числе приоритетных задач правительств многих стран мира. Высокая распространенность; возрастающее число летальных исходов, и в первую очередь, лиц трудоспособного возраста; рост больных, оставшихся глубокими инвалидами; значительные экономические затраты при оказании специализированной медицинской помощи характеризуют сочетанную травму на рубеже XX-XXI веков (Сингаевский А.Б., Малых И.Ю., 2001; Агаджанян В.В. и соавт., 2003; Сколов В.А., 2006; Цитко А.А. и соавт., 2010).

Тяжесть полученных повреждений нередко маскирует дефекты диагностики и лечения, что затрудняет объективную оценку оказанной медицинской помощи. Оценка врачебных действий, проводимая в рамках ведомственного контроля качества оказания медицинской помощи, направлена на выявление причин и путей предупреждения совершения лечебно-диагностических ошибок, но не рассматривается с позиций задач судебной медицины. Литературные данные свидетельствуют о разных методических подходах специалистов, предлагающих свои решения к экспертному анализу неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи (Быховская О.А., 2002; Захаров С.О., 2003; Лузанова И.М., 2007; Черкалина Е.Н., 2009; Тягунов Д.В., 2010; Татаринцев А.В., 2011; Пиголкин Ю.И. с соавт, 2011).

Вопросы, связанные с оценкой врачебных действий при оказании медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой, в отечественной и зарубежной судебно-медицинской литературе не рассматривались. Этому посвящена наша работа, определены основные направления исследования, в котором поставлена цель и сформулированы задачи.

**Цель исследования:** изучить дефекты оказания медицинской помощи и причины летальных исходов при сочетанной травме, разработать методику экспертного анализа дефектов оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой.

### **Задачи исследования:**

1. Изучить непосредственные причины смерти, сроки наступления летальных исходов и основные патофизиологические механизмы умирания пострадавших с сочетанными травмами.

2. Исследовать влияние отягчающих факторов у пострадавших с сочетанной травмой на формирование непосредственных причин смерти.

3. Установить основные факторы, приводящие к непосредственному смертельному исходу, в группах повреждений с различной степенью тяжести.

4. Определить структуру, частоту и причины дефектов оказания медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапе в раннем и позднем посттравматическом периоде.

5. Разработать методику экспертного анализа дефектов оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой в зависимости от непосредственной причины наступления смерти.

### **Научная новизна:**

1. Впервые в судебной медицине проведен анализ дефектов оказания медицинской помощи в случаях летальных исходов пострадавших с сочетанной травмой на догоспитальном и госпитальном этапе в раннем и позднем посттравматическом периоде.

2. Предложен научный подход к разработке критериев, определяющих летальность при сочетанной травме.

3. Предложен научный подход к анализу дефектов оказания медицинской помощи, исходя из непосредственных причин смерти.

### **Практическая значимость работы**

1. Разработана методика экспертной оценки дефектов оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой в зависимости от непосредственной причины наступления смерти.

2. Предложены критерии для определения вероятности летальных исходов сочетанной травмы.

3. Методика экспертной оценки неблагоприятного исхода медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой может использоваться при производстве комиссионных судебно-медицинских экспертиз, при проведении ведомственной и вневедомственной экспертизы.

4. Использование на практике полученных автором данных позволит судебно-медицинскому эксперту более полно исследовать медицинские документы, акцентировать внимание на возможные недостатки при оказании медицинской помощи, целенаправленно и качественно провести исследование трупов с сочетанной травмой, поступивших на исследование из лечебных учреждений.

#### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. В раннем посттравматическом периоде, в первые семь суток, при сочетанной травме, в большинстве случаев, смерть наступает от причин, непосредственно связанных с травматическими воздействиями: шок и кровопотеря, отёк и дислокация головного мозга, перитонит, восходящий отёк спинного мозга, жировая эмболия сосудов лёгких и головного мозга сильной степени. В отдаленном посттравматическом периоде, свыше семи суток, при сочетанной травме в качестве основной причины смерти, в большинстве случаев, выступает соматическая патология, имевшая место до травмы либо возникающая вследствие травмы: пневмония, тромбоэмболия лёгочной артерии, сепсис, желудочно-кишечное кровотечение, декомпенсация хронических заболеваний сердца и почек.

2. В раннем посттравматическом периоде при сочетанной травме основные дефекты оказания медицинской помощи встречаются на догоспитальном и госпитальном этапах и сводятся к невыявлению основной травмы и её осложнений, недооценке тяжести осложнений, недостаточному или неадекватному лечению, что не позволяет остановить ход патологических процессов и приводит к формированию смертельного исхода.

3. В позднем посттравматическом периоде при сочетанной травме основные дефекты медицинской помощи, приводящие к её неэффективности, встречаются только на госпитальном этапе и сводятся к невыявлению, недооценке тяжести, неадекватному лечению сопутствующей патологии и её осложнений.

**Личный вклад автора** заключается в самостоятельном сборе, обработке и анализе материала, представленного в диссертации. Автором самостоятельно проведен анализ 152 карт вызовов скорой медицинской помощи, 151 медицинской карты стационарного больного, 119 протоколов клинико-анатомических конференций / комиссий по изучению летальных исходов, 154 актов (заключений) судебно-медицинского исследования трупов. В результате автором получены данные, позволившие предложить методику экспертной оценки оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой. Результаты проведенного исследования могут быть использованы в работе комиссионных судебно-медицинских экспертиз, ведомственной и вневедомственной экспертизы.

#### **Апробация работы**

Результаты диссертационного исследования доложены на научно-практической конференции ГБУЗ МО Бюро СМЭ (Москва, 2012); на IX Международной научно-практической конференции «Современные научные достижения – 2013» (Прага, 2013); на научно-практической конференции «Актуальные вопросы медико-криминалистической экспертизы: современное развитие и перспективы развития», посвященной 50-летию образования медико-криминалистического отдела ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» (Москва, 2013); на межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы судебной медицины и медицинского права» (Суздаль, 2013).

#### **Внедрение результатов исследования**

Результаты диссертационного исследования внедрены в практику ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России, ГБУЗ МО «Бюро судебно-медицинской экспертизы», ГБУЗ Ставропольского Края «Бюро судебно-медицинской экспертизы»; в учебный процесс кафедры судебной

медицины ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России, кафедры судебной медицины и медицинского права ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, кафедры судебной медицины и правоповедения ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России.

**Публикации** по теме диссертации опубликовано 11 печатных работ, в том числе 3 в журналах, рекомендованных ВАК Минобразования РФ.

### **Объем и структура работы**

Диссертация изложена на 144 страницах компьютерной печати, состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, 3-х глав собственного исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 204 отечественных и 51 зарубежных источников. Работа иллюстрирована 41 таблицей и 9 рисунками.

## **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Работа выполнялась в дизайне когортного ретроспективного исследования. Для формирования группы исследования использовали критерии включения и исключения. Критерии включения: пострадавшие обоего пола; возраст от 18 до 80 лет; случаи с сочетанной травмой, полученной в результате падения с высоты и в условиях дорожно-транспортного происшествия; оказание пострадавшим медицинской помощи на догоспитальном этапе и в условиях стационара. Критерии исключения: случаи смертельных исходов от сочетанной травмы на месте происшествия без оказания медицинской помощи; пострадавшие детского возраста и старше 80 лет; наличие у пострадавших тяжелой психиатрической патологии. В соответствии с критериями исследования за период времени 1997-2011гг. была набрана группа исследования – 154 пострадавших с сочетанной травмой, обоего пола различных возрастных групп.

Настоящее исследование выполнено с использованием методов судебно-медицинского исследования трупа, метода клинико-анатомического анализа, метода экспертной оценки.

Материалом для исследования стали: карты вызовов скорой медицинской помощи (152); медицинские карты стационарного больного (151); протоколы клинико-анатомических конференций (КАК) / комиссий по изучению летальных исходов (КИЛИ) (119); акты (заключения) судебно-медицинского исследования трупов (154).

Работа включала в себя несколько этапов.

На первом этапе проведен анализ непосредственных причин смерти пострадавших с сочетанными травмами, сроков наступления летальных исходов и основных патофизиологических механизмов умирания. Показано влияние синдрома взаимного отягощения повреждений на формирование сложных вариантов танатогенеза. Установлена роль отягчающих факторов в наступлении летальных исходов. Из изученного материала выделены группы летальных исходов, напрямую и опосредованно связанных с полученной сочетанной травмой. Для прогнозирования исходов предложены критерии тяжести травмы, позволяющие предполагать влияние дефектов оказания медицинской помощи в каждой выделенной группе повреждений.

На втором этапе произведен анализ дефектов оказания медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах в группе летальных исходов с непосредственными причинами, напрямую связанными с травмами.

На третьем этапе произведен анализ дефектов оказания медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах в группе летальных исходов с непосредственными причинами, опосредованно связанными с травмами.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel 2007 и SPSS Statistics (версия 17.0); использовалась методика расчета отношений величин: проценты (%), доли единицы. Для оценки достоверности различий в подгруппах применялся

Хи-квадрат, критерий Манна-Уйтни, критерий Фишера; рассчитывалось соотношение шансов.

## РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

В ходе изучения случаев смертельных исходов от сочетанной травмы нами выделены две группы танатогенеза: группа непосредственных причин смерти, напрямую связанных с травмой и группа непосредственных причин смерти, опосредованно связанных с травмой.

Первая группа включала случаи с непосредственной причиной смерти, имеющей прямую связь с травматическими воздействиями: шок и кровопотеря, отёк и дислокация головного мозга, перитонит, восходящий отёк спинного мозга, жировая эмболия сосудов лёгких и головного мозга сильной степени (табл.1).

Таблица 1

Количество случаев непосредственных причин смерти, напрямую связанных с травмой

Виды непосредственных причин смерти	Число непосредственных причин смерти	
	Абсолютное число	%
Отек и дислокация головного мозга	59	38,3
Травматический шок и кровопотеря	39	25,3
Жировая эмболия сосудов лёгких и головного мозга	5	3,2
Перитонит	5	3,2
Восходящий отек спинного мозга	4	2,6

Вторая группа включала случаи с непосредственной причиной смерти, опосредованно связанной с травмой: пневмония, тромбоз эмболия лёгочной артерии, сепсис, желудочно-кишечное кровотечение, декомпенсация хронических заболеваний сердца и почек. Контингент пострадавших в этой группе составляли те, которые имели травмы неопасные для жизни, пережили ранний период травмы и были переведены из реанимационного отделения в профильное госпитальное отделение (табл.2).

Количество непосредственных причин смерти, опосредованно связанных с  
травмой

Виды непосредственных причин смерти	Число непосредственных причин смерти	
	Абсолютное число	%
Пневмония	30	19,5
Тромбоэмболия лёгочной артерии	4	2,6
Желудочно-кишечное кровотечение	1	0,6
Сепсис	1	0,6
Декомпенсация сердечной деятельности	4	2,6
Почечная недостаточность	2	1,3

В ходе анализа случаев смертельных исходов от сочетанной травмы нами установлено, что наличие у пострадавших отягчающих факторов: возраста старше 60 лет, избыточного веса, дефицита массы тела, хронических заболеваний сердца и почек, злоупотребления алкоголем – участвует в формировании непосредственных причин смерти в позднем посттравматическом периоде.

У пострадавших с сочетанной травмой отмечалось высокое присутствие отягчающих факторов. В группе летальных исходов с непосредственными причинами смерти, опосредованно связанными с травмой, в каждом случае имелось присутствие хотя бы одного отягчающего фактора.

В настоящем исследовании у пострадавших выделены группы повреждений по степени тяжести: абсолютно смертельные повреждения, тяжелые повреждения с угрозой для жизни, тяжелые повреждения без угрозы для жизни и повреждения средней тяжести.

Абсолютно смертельные повреждения представлены разрывом грудного отдела аорты и разрывом печени.

Группу тяжелых повреждений с угрозой для жизни составили переломы костей черепа с ушибом головного мозга; травма груди и живота с повреждением

2-х и более внутренних органов; множественные двухсторонние переломы ребер; множественные переломы таза и бедра; переломы позвоночника с повреждением спинного мозга.

В качестве тяжелых повреждений без угрозы для жизни в исследуемом материале выступали односторонние переломы таза; простые переломы бедренной кости.

Повреждения средней тяжести представлены закрытыми переломами плечевой кости, костей предплечья, голени, стоп; переломами ключиц; одиночными переломами ребер.

Абсолютно смертельные повреждения и тяжелые повреждения с угрозой для жизни встречались только в группе летальных исходов с непосредственными причинами смерти, напрямую связанными с травмой.

Тяжелые повреждения без угрозы для жизни и повреждения средней тяжести встречались только в группе летальных исходов с непосредственными причинами смерти, опосредованно связанными с травмой.

Основными факторами, приводящими к непосредственному смертельному исходу, в группе абсолютно смертельной травмы являлись телесные повреждения. В группе тяжёлых повреждений с угрозой для жизни – травма, однако нельзя исключить влияние отягчающих факторов. В группе тяжёлых повреждений без угрозы для жизни и повреждений средней тяжести формирование смертельных исходов обусловлено сопутствующей патологией, имевшей место до или возникшей в связи с травмой.

Изучены сроки наступления летальных исходов пострадавших с сочетанной травмой. Смерть пострадавших с абсолютно смертельными повреждениями и тяжелыми повреждениями с угрозой для жизни наступала преимущественно в первые трое суток с момента поступления в стационар. Непосредственные причины смерти представлены шоком и кровопотерей, отеком и дислокацией головного мозга, восходящим отеком спинного мозга, перитонитом, жировой эмболией сосудов лёгких и головного мозга.

Смерть пострадавших с тяжёлыми повреждениями без угрозы для жизни и повреждениями средней тяжести наступала преимущественно в сроки более семи суток после поступления в стационар. Непосредственные причины смерти представлены пневмонией, тромбоэмболией лёгочной артерии, сепсисом, желудочно-кишечным кровотечением, декомпенсацией хронических заболеваний сердца и почек.

На следующем этапе проводилось изучение медицинской документации, результатов судебно-медицинского исследования трупов с целью выявления дефектов при оказании медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой. В группе с непосредственными причинами смерти, напрямую связанными с травмой, дефекты оказания медицинской помощи встречались на догоспитальном и госпитальном этапах.

К ним относились дефекты диагностики в сборе жалоб, анамнеза, дефекты при объективном исследовании пострадавшего, недооценка клиники объективных данных, дефекты лечения (табл. 3,4).

Таблица 3

Номинальные дефекты на догоспитальном этапе в группе летальных исходов с непосредственными причинами смерти, напрямую связанными с травмой

<b>Виды номинальных дефектов оказания медицинской помощи</b>	<b>Абс</b>	<b>%</b>
Недооценка анамнеза	7	6,3
Неполный сбор жалоб	7	6,3
Некачественный физикальный осмотр	27	24,1
Неправильная трактовка объективных клинических данных	24	21,4
Отсутствие обезболивания	5	4,5
Недостаточное обезболивание	10	8,9
Отсутствие санации верхних дыхательных путей	7	6,3
Отсутствие интубации трахеи	5	4,5
Отсутствие респираторной поддержки кислородом	10	8,9
Отсутствие инфузионной терапии	7	6,3
Недостаточная инфузионная терапии	14	12,5
Не введены глюкокортикоиды	7	6,3
Недостаточная иммобилизация	12	10,7
Введение препаратов с недоказанной эффективностью	4	3,6
Не проведен глюко-и-алкотест	4	3,6

Таблица 4

Номинальные дефекты на госпитальном этапе в группе летальных исходов с непосредственными причинами смерти, напрямую связанными с травмой

<b>Виды номинальных дефектов оказания медицинской помощи</b>	<b>Абс.</b>	<b>%</b>
Неполный сбор анамнеза	10	8,9
Неполный сбор жалоб	3	2,7
Неполный объективный осмотр	15	13,4
Отсутствие дифференциальной диагностики	4	3,8
Неправильная трактовка клинических данных	6	5,4
Непроведение или неполный объем инструментальных и лабораторных исследований	17	15,1
Отсутствие консультаций специалистов	6	5,4
Отсутствие повторных консультаций специалистов	6	5,4
Игнорирование консультации специалиста	1	0,9
Недостаточное динамическое наблюдение	15	13,4
Брезгливое отношение к объекту исследования	1	0,9

Условно обозначали выявленные дефекты, как номинальные. Сами по себе единичные номинальные дефекты не имеют прямую взаимосвязь с неблагоприятным исходом. В 95% случаев совокупность (два и более) номинальных дефектов приводила к формированию основного дефекта – определяющего дальнейшее течение патологического процесса и формирование фатального комплекса симптомов. В группе летальных исходов с непосредственными причинами смерти, напрямую связанными с травмой, основными дефектами оказания медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапе являлись: невыявление основной травмы (18,8%) и её осложнения (10,7%); недооценка степени тяжести осложнения (10,7%); недостаточное или неадекватное лечение (2,3%). Во всех случаях медицинская помощь из-за допущенных дефектов не предотвратила формирование смертельного симптомокомплекса. В группе летальных исходов с непосредственными причинами смерти, опосредованно связанными с травмой, номинальные дефекты встречались только на госпитальном этапе (табл. 5).

Таблица 5

Номинальные дефекты на госпитальном этапе в группе летальных исходов с непосредственными причинами смерти, опосредованно связанными с травмой

<b>Виды номинальных дефектов оказания медицинской помощи</b>	<b>Абс</b>	<b>%</b>
Неполный сбор анамнеза	10	23,8
Не учитывались отягчающие факторы	7	16,7
Неполный объективный осмотр	1	2,4
Непроведение или отсутствие повторных инструментальных и лабораторных исследований	38	90,5
Неправильная трактовка клинических данных	6	14,3
Отсутствие консультаций специалистов	7	16,7
Отсутствие повторных консультаций специалистов	1	2,4
Недостаточное или неадекватное лечение	22	52,3
Недостаточное динамическое наблюдение	14	33,3

К ним относились дефекты диагностики в сборе анамнеза, объективного исследования, дефекты консультативной помощи и лечения. Совокупность первичных дефектов приводила к формированию основного дефекта, определяющего дальнейшее течение патологического процесса.

В группе летальных исходов с непосредственными причинами смерти, опосредованно связанными с травмой, основные дефекты оказания медицинской помощи, приводящие к её неэффективности, сводились к невыявлению (24,1%), недооценке тяжести (28,6%), неадекватному лечению сопутствующей патологии и её осложнений (35,7%). Во всех случаях допущенные дефекты диагностики и лечения, создали условия для формирования и прогрессирования смертельных осложнений.

## **ВЫВОДЫ**

1. В ходе изучения случаев смертельных исходов от сочетанной травмы выделены две группы вариантов танатогенеза. Первая группа включает случаи с непосредственной причиной смерти, имеющей прямую связь с травматическими

воздействиями: шок и кровопотеря, отёк и дислокация головного мозга, перитонит, восходящий отёк спинного мозга, жировая эмболия сосудов лёгких и головного мозга сильной степени. Вторая группа включает случаи с непосредственной причиной смерти, опосредованно связанной с травмой: пневмония, тромбоэмболия лёгочной артерии, сепсис, желудочно-кишечное кровотечение, декомпенсация хронических заболеваний сердца и почек.

2. Наличие у пострадавших отягчающих факторов: возраст старше 60 лет, избыточный вес, дефицит массы тела, хронические заболевания сердца и почек, хроническое злоупотребление алкоголем – участвует в формировании непосредственных причин смерти в позднем посттравматическом периоде.

3. Основными факторами, приводящими к непосредственному смертельному исходу, в группе абсолютно смертельной травмы являются телесные повреждения. В группе тяжёлых повреждений с угрозой для жизни – травма, нельзя исключить влияние отягчающих факторов. В группе тяжёлых повреждений без угрозы для жизни и повреждений средней тяжести формирование смертельных исходов обусловлено сопутствующей патологией, имевшей место до или возникшей в связи с травмой.

4. В группе случаев, где непосредственной причиной смерти явились шоки различного генеза, отёк и дислокация головного мозга, перитонит, восходящий отёк спинного мозга основными дефектами оказания медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапе являлись: невыявление основной травмы – 21 (18,8%) и её осложнения – 12 (10,7%); недооценка степени тяжести осложнения – 12 (10,7%); недостаточное или неадекватное лечение – 25 (2,3%). Во всех случаях медицинская помощь из-за допущенных дефектов не предотвратила формирование смертельного симптомокомплекса.

5. При жировой эмболии исход определяется тяжестью течения самого осложнения, а не оказанной медицинской помощью, поскольку существующие методы лечения не способны остановить ход данного патологического процесса и носят симптоматический характер.

6. В группе случаев с непосредственной причиной смерти от пневмонии, сепсиса, тромбоэмболии лёгочной артерии, желудочно-кишечного кровотечения, декомпенсации хронических заболеваний сердца и почек основная роль в формировании танатогенеза принадлежит сопутствующей патологии, существовавшей до травмы или возникшей в связи с травмой.

7. В группе случаев с непосредственной причиной смерти, опосредованно связанной с травмой, основные дефекты медицинской помощи, влияющие на формирование смертельного симптомокомплекса, установлены на госпитальном этапе и заключались в невыявлении – 9 (21,4%), недооценке тяжести – 12 (28,6%), отсутствии адекватной терапии – 15 (35,7%) сопутствующей патологии, существовавшей до травмы или возникшей в связи с травмой.

8. Предложенная методика экспертного анализа неблагоприятного исхода медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой позволит судебно-медицинскому эксперту целенаправленно и качественно провести исследование трупов с сочетанной травмой, поступивших на исследование из лечебных учреждений, а также облегчит решение вопросов ненадлежащего оказания медицинской помощи при проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Экспертный анализ в случаях летальных исходов пострадавших с сочетанной травмой начинается с установления основной и непосредственной причины смерти; выявления причинной связи между повреждениями и исходом.

2. На втором этапе экспертного анализа даётся оценка прогноза, исходя из объёма и тяжести полученной травмы (табл. 8).

3. На третьем этапе устанавливаются наличие дефектов оказания медицинской помощи и ведения медицинской документации. При этом выделяют номинальные дефекты (некачественный сбор анамнеза и осмотр, недостаточное обследование и динамическое наблюдение, отсутствие повторных консультаций и инструментальных исследований), а также устанавливают, привели ли эти

дефекты к более значимым: невыявлению основной травмы и её осложнения; недооценке степени тяжести осложнения; недостаточному или неадекватному лечению.

4. В тех случаях, когда причинены абсолютно смертельные повреждения, выявленные дефекты оказания медицинской помощи не имеют причинной связи с наступлением смерти.

5. Во всех других случаях травм, где дефекты оказания медицинской помощи привели к ухудшению состояния здоровья или привели к наступлению смертельного исхода, устанавливается причинная связь между дефектом оказания медицинской помощи и неблагоприятным исходом.

#### **ОСНОВНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Максимов, А.В. Системный анализ дефектов оказания медицинской помощи пострадавшим с травмами в результате падений с различной высоты в экспертной практике врача судебно-медицинского эксперта / А.В. Максимов // **Главный врач: хозяйство и право. – 2013. - № 1. – С. 42-47.**

2. Клевно, В.А. Комплексная оценка дефектов оказания медицинской помощи на госпитальном этапе пострадавшим с травмами, полученными при падении с высоты / В.А. Клевно, А.В. Максимов // **Медицинская экспертиза и право. – 2013. - № 2. – С. 35-39.**

3. Максимов, А.В. Анализ экспертной оценки качества и эффективности медицинской помощи пострадавшим при падении с высоты по материалам комиссионных судебно-медицинских экспертиз / А.В. Максимов, В.А. Клевно, А.Г. Ластовецкий // **Медико-соц. экспертиза и реабилитация. – 2013. - № 2. – С. 38-41.**

4. Максимов, А.В. Вопросы оценки неблагоприятных исходов медицинской помощи пострадавшим при падении с высоты по материалам комиссионных судебно-медицинских экспертиз / А.В. Максимов // **Современные научные**

достижения: материалы IX Международной научно-практической конференции. – Прага, 2013. – С. 41-44.

5. Максимов, А.В. Изучение неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи пострадавшим при падении с различной высоты / А.В. Максимов // Сборник Актуальные проблемы судебной медицины и медицинского права: материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. – М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2013. – С. 198-200.

6. Максимов, А.В. Материалы к вопросу медицинской экспертизы дефектов оказания медицинской помощи / А.В. Максимов // Сборник Актуальные вопросы медико-криминалистической экспертизы: современное состояние и перспективы развития: материалы научно-практической конференции, посвященной 50-летию МКО БСМЭ Московской области (27-29 марта 2013 г., Москва). Под ред. проф. В.А. Клевно. – М.: ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», 2013. – С. 437-441.

7. Максимов, А.В. Комплексная оценка неблагоприятных исходов медицинской помощи пострадавшим при падении с высоты по материалам судебно-медицинских комиссионных экспертиз / А.В. Максимов // Сборник Актуальные вопросы медико-криминалистической экспертизы: современное состояние и перспективы развития: материалы научно-практической конференции, посвященной 50-летию МКО БСМЭ Московской области (27-29 марта 2013 г., Москва). Под ред. проф. В.А. Клевно. – М.: ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», 2013. – С. 441-444.

8. Максимов, А.В. Характеристика дефектуры медицинских документов в случаях травм, обусловленных падением с различной высоты / А.В. Максимов // Сборник Актуальные вопросы медико-криминалистической экспертизы: современное состояние и перспективы развития: материалы научно-практической конференции, посвященной 50-летию МКО БСМЭ Московской области (27-29 марта 2013 г., Москва). Под ред. проф. В.А. Клевно. – М.: ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», 2013. – С. 444-448.

9. Максимов, А.В. Экспертная оценка дефектов диагностики и лечения в стационаре смертельной тупой травмы, полученной при падении с высоты / А.В.

Максимов // Сборник Актуальные вопросы медико-криминалистической экспертизы: современное состояние и перспективы развития: материалы научно-практической конференции, посвященной 50-летию МКО БСМЭ Московской области (27-29 марта 2013 г., Москва). Под ред. проф. В.А. Клевно. – М.: ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», 2013. – С. 449-452.

10. Максимов, А.В. Падение с большой высоты: аналитический обзор литературы / А.В. Максимов // Сборник Актуальные вопросы медико-криминалистической экспертизы: современное состояние и перспективы развития: материалы научно-практической конференции, посвященной 50-летию МКО БСМЭ Московской области (27-29 марта 2013 г., Москва). Под ред. проф. В.А. Клевно. – М.: ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», 2013. – С. 452-462.

11. Максимов, А.В. Анализ неотложной догоспитальной помощи пострадавшим с травмами, полученными при падении с высоты / А.В. Максимов // Сборник Актуальные вопросы медико-криминалистической экспертизы: современное состояние и перспективы развития: материалы научно-практической конференции, посвященной 50-летию МКО БСМЭ Московской области (27-29 марта 2013 г., Москва). Под ред. проф. В.А. Клевно. – М.: ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», 2013. – С. 462-465.