

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Владимир Кадырович Дадабаев, Виктория Васильевна Расулова

Кафедра судебной медицины с курсом правоведения

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Аннотация: в статье анализируются дефекты, допускаемые медицинскими работниками при заполнении и ведении медицинской документации, которые в ряде случаев служат поводом для привлечения медицинского персонала к гражданской либо к уголовной ответственности.

Ключевые слова: ответственность врачей, медицинская документация, история болезни, амбулаторная карта, дефекты

Для цитирования: Дадабаев В. К., Расулова В. В. Судебно-медицинские аспекты ведения медицинской документации. Верхневолжский медицинский журнал. 2024; 23(4): 42–45

FORENSIC ASPECTS OF MANAGEMENT MEDICAL DOCUMENTATION

V. C. Dadabaev, V. V. Rasulova

Tver State Medical University, Tver, Russia

Abstract: the article analyzes the defects made by medical workers when filling out and maintaining medical records, which in some cases serve as a reason for bringing medical personnel to civil or criminal liability.

Key words: physician liability, medical documentation, medical history, outpatient card, defects

For citation: Dadabaev V. C., Rasulova V. V. Forensic aspects of management medical documentation. Upper Volga Medical Journal. 2024; 23(4):42–45

Введение

Профессия врача является одной из самых значимых, так как связана со служением во благо общества. Это профессия, требующая от врача определенных личных и деловых качеств. Неслучайно, в клятве Гипократа содержатся следующие слова: «Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости». Согласно ст. 71 закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» [1], лица, завершившие освоение образовательной программы высшего медицинского образования, при получении документа об образовании дают клятву врача, в которой говорится, что врач клянется проявлять высочайшее уважение к жизни человека. Вместе с тем, встречаются случаи, где когда врачи нередко отклоняются от надлежащего выполнения своих обязанностей, что приводит к формированию в общественном сознании чувства недоверия к ним. Так, в средствах массовой информации и судебной практике имеются случаи причинения вреда здоровью пациента, вплоть до смертельного исхода, по вине врачей.

Согласно данным специальной литературы, посвященной анализу правоприменительной практики, на сегодняшний день имеются случаи привлечения врачей к ответственности (уголовной и гражданской). Увеличение числа судебно-медицинских экспертиз обуслов-

лено возросшей активностью населения и появлением новых законодательных документов, которые регламентируют право и порядок возмещения вреда, причиненного здоровью. При этом иски за причинение морального вреда могут подаваться в суд как непосредственно пострадавшими, так и через страховые компании, представляющие интересы пациента. Оценка профессиональных действий медицинских работников касается объема и качества медицинской помощи, предоставленной пациенту. Последние строятся на стандартах лечения данной патологии и критериях качества лечебно-диагностического процесса.

Основным источником доказательств, обвиняющих или оправдывающих врача, является медицинская карта стационарного больного (история болезни) или амбулаторная карта пациента. Медицинская карта стационарного больного (амбулаторная карта) является юридическим документом и основным источником доказательств наличия умышленных или неосторожных действий врача или других медицинских работников. По записям, произведенным в истории болезни (амбулаторной карте), можно судить о том, как выполнялись обязанности лечебного учреждения и его должностных лиц (лечащих врачей) по отношению к конкретному пациенту, как соблюдались права больного, охраняемые государством [2].

В ФЗ 323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ» (ст. 79) [1], Приказе Минздрава России от 15.12.2014 № 834н (ред. от 02.11.2020) «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» [3], Приказе Минздрава России от 5 августа 2022 г. № 530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения» [4] прописаны особенности ведения документации и подробно даны критерии, а именно, медицинская документация должна:

1) заполняться своевременно и отражать сведения о состоянии пациента и результатах получаемого лечения;

- 2) выявлять факторы, приведшие к нарушению принятого стандарта или возникновению риска для больного;
- 3) содержать терминологию, понятную для пациента в случаях, когда это возможно;
- 4) обеспечивать «защиту» медицинского персонала от необоснованных жалоб или судебных исков;
- 5) обеспечивать наличие даты и подписи под записями, сделанными дополнительно;
- 6) обеспечивать датирование всех изменений, исправлений и зачеркиваний;
- 7) не допускать сокращений;
- 8) уделять особое внимание записям по экстренным больным и больным со сложными диагностическими случаями.

В связи с вышеизложенным, анализ ведения медицинской документации является основным при

Таблица 1. Показатели, определяющие степень тяжести состояния пациента

Table 1. Indicators determining the severity of the patient's condition

Показатели	Степень тяжести состояния пациента			
	Удовлетворительное	Средней степени	Тяжелое	Крайне тяжелое
Сознание	Ясное	Ясное, сомноленция, тревожность, агитация без нарушения самоконтроля	Оглушение, сопор, при длительном течении — вегетативное состояние, состояние минимального сознания, дезориентированность, психомоторное возбуждение	Кома
Положение	Активное	Вынужденное или активное в постели, способность к самообслуживанию сохранена или частично утрачена	Пассивное или вынужденное, неспособность к самообслуживанию, больной нуждается в постороннем уходе	Пассивное, в ряде случаев — двигательное возбуждение, общие судороги
Температура тела в подмышечной впадине	36,4–37,5 °С	37,6–38,5 °С	35,0–36,3 °С; 38,6–40,0 °С	<35 °С или >40 °С
Состояние кожи и подкожной клетчатки	В пределах нормы	Отмечаются распространённые отёки подкожной клетчатки, возможны выраженная бледность кожных покровов или умеренный цианоз	Возможна анасарка, отмечаются «меловая» бледность кожных покровов или выраженный цианоз уже в покое	Лицо мертвенно бледное, с заострёнными чертами, покрыто каплями холодного пота («лицо Гиппократова»)
Состояние сердечно-сосудистой системы	В пределах нормы (ЧСС 60–90 в мин, АД 110–140/60–90 мм рт. ст.)	САД 140–179 мм рт. ст. ДАД 90–104 мм рт. ст. (не может быть единственным критерием тяжести состояния)	Повышение САД >180 мм рт. ст. ДАД >105 мм рт. ст. Снижение САД <90 мм рт. ст. ДАД <60 мм рт. ст. ЧСС 40–60 в мин, >120 в мин (не может быть единственным критерием тяжести состояния)	Пульс определяется только на сонных артериях, АД может не определяться
Дыхание	Ритмичное дыхание с ЧДД 16–20 в минуту	Ритмичное дыхание с ЧДД 20–35 в минуту	Дыхание аритмичное и/или тахипноэ (ЧДД 35 в минуту и более)	Отсутствие самостоятельного дыхания или «большое дыхание» Куссмауля, периодическое дыхание Чейна-Стокса и др.
Насыщение крови кислородом (95–100 %)	95–100 %	90–95 %	<90 %	<90 %
Функции жизненно важных органов	Компенсированы	Декомпенсированы, без непосредственной опасности для жизни больного	Декомпенсация представляет опасность для жизни больного или может привести к глубокой инвалидности	Резкое нарушение основных жизненно важных функций организма
Характер заболевания	Лёгкие формы течения болезни, период выздоровления после острых заболеваний, стихание обострений хронических процессов	Заболевания с выраженными субъективными и объективными проявлениями	Осложнения течения заболевания с ярко выраженными и быстро прогрессирующими клиническими проявлениями	Резкое обострение заболевания, опасные для жизни острые осложнения заболевания

Таблица 2. Основные дефекты оказания медицинской помощи, установленные при анализе стационарных и амбулаторных карт пациента, абс.

Table 2. The main defects in the provision of medical care identified during the analysis of inpatient and outpatient records, abs.

Дефекты оказания медицинской помощи	Количество
Дефект заполнения медицинских документов (отсутствие письменного согласия пациента на оперативное вмешательство, неточности и исправления текста)	10
Установление диагноза (неполный диагноз; диагноз установлен правильно, но не соответствует МКБ-10; диагноз установлен неправильно)	5
Переоценка или недооценка рекомендаций врачей-консультантов (отсутствие наблюдений за больными в динамике, неправильная оценка состояния больного, непроведенное дополнительное обследование больного, неправильное консультирование)	20
Своевременность (обследования, постановки диагноза, назначения и проведения лечения и др.)	5
Соответствие объема и качества оказания медицинской помощи имеющимся стандартам	10

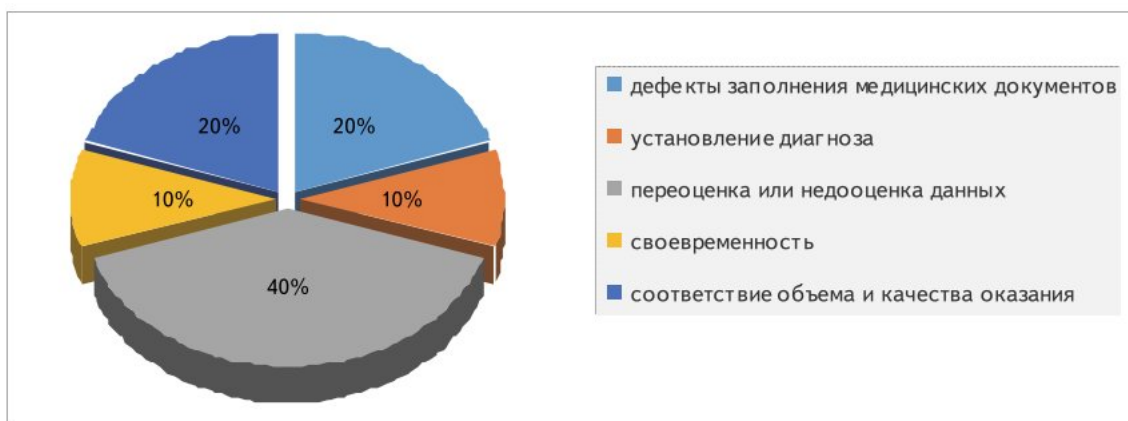


Рис. 1. Основные дефекты оказания медицинской помощи пациентам
 Fig. 1. Main defects in providing medical care to patients

определении дефекта оказания медицинской помощи. Правоохранительные органы в лице судебно-медицинских экспертов Следственного комитета РФ проводят тщательный анализ представленной медицинской документации на экспертизу.

Например, при описании пациента выявляется несоответствие клинической картины, которая сопровождает ту или иную патологию, и установленного диагноза. Так, в одной из карт стационарного больного был выставлен диагноз «Правосторонняя нижнедолевая пневмония, средней степени тяжести, ДН 2 ст.», но сам пациент предъявлял жалобы на слабость, отеки нижних конечностей и одышку, усиливающуюся при физической нагрузке.

Зачастую не дается оценка тяжести состояния пациента. В частности, у госпитализированных больных с двусторонней пневмонией в дневниках отсутствуют данные о степени тяжести состояния (удовлетворительное, средней либо тяжелой степени), нет сведений о температуре тела, частоте сердечных сокращений (ЧСС) и дыхательных движений (ЧДД).

Показатели, определяющие степень тяжести пациента, приведены в таблице 1.

Цель исследования: провести анализ наиболее часто встречающихся дефектов оформления и ведения медицинских документов.

Материал и методы. Проведен анализ произвольно отобранных в лечебных учреждениях 30 ме-

дицинских карт стационарного больного и 20 амбулаторных карт, в которых были выявлены некоторые дефекты и несоответствия.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенный анализ выявил следующие нарушения ведения медицинской документации, которые были разграничены на критерии и представлены в таблице 2 и на рисунке 1.

Выявленные дефекты оказания медицинской помощи пациентам на основе анализа медицинской документации амбулаторных и стационарных пациентов позволят не только экспертам, но и врачам выявить случаи некачественного оказания медицинской помощи.

Следует отметить, что при изучении медицинской документации практически в 70 % случаев выявляются дефекты ее оформления. Диапазон ошибок крайне широк — от недочетов до серьезных нарушений, которые могут повлечь за собой:

- 1) неверно установленный диагноз;
- 2) несоответствие диагноза описанию клинической картины;
- 3) неверно выбранный метод лечения.

Ошибки в профессиональной деятельности медицинских работников не считаются преступлениями до тех пор, пока в них не будет установлена причинно-следственная связь между действием врача и наступившими последствиями. Эта связь между неосто-

рожными действиями врача и неблагоприятным исходом лечения сама по себе может быть обусловлена различными причинами.

Заключение

Медицинские документы дают доказательства, оправдывающие врача, но только в том случае, если они ведутся должным образом в соответствии с предъявляемыми требованиями к ведению медицинской документации. Дефекты, допущенные медицинским персоналом, служат основанием для привлечения врача или иного медицинского работника к дисциплинарной, гражданско-материальной или уголовной ответственности. Необходимо помнить, что противоправные действия медицинских работников, если они не причинили существенного вреда здоровью пациента, не считаются преступлениями, а являются дисциплинарными проступками и влекут дисциплинарную ответственность.

Список источников

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». URL: <https://minzdrav.gov.ru> (дата обращения 28.10.2024).
2. Дадабаев В.К., Тищенко В.И., Стрельников В.Н., Верещагина Л.Н. Гражданско-правовая ответственность медицинских работников за допущенные дефекты при ведении медицинской документации. Верхневолжский медицинский журнал. 2012; 10(3): 43-46.
3. Приказ Минздрава России от 15.12.2014 N 834н (ред. от 02.11.2020) «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению». URL: <https://consultant.ru> (дата обращения 28.10.2024).
4. Приказ Минздрава России от 5 августа 2022 г. 530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения». URL: <https://garant.ru> (дата обращения 28.10.2024).

Дадабаев Владимир Кадырович (контактное лицо) – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой судебной медицины с курсом правоведения; 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4; vkdadabaiev@yandex.ru

Поступила в редакцию / The article received 30.01.2024.

Принята к публикации / Was accepted for publication 06.11.2024.