

ДИАГНОСТИКА АСПИРАЦИИ ЖЕЛУДОЧНЫМ СОДЕРЖИМЫМ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО КРИПТОКОККОЗА В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Сулоев К.М., Демченко И.А., Москаленко И.С., Матковская Л.Ц.,
Опихайло М.С.

Резюме. В статье рассмотрен случай послеаспирационной криптококковой пневмонии с дальнейшей генерализацией процесса и развитием внелёгочного криптококкоза (поражения сердца, печени, почек, поджелудочной железы) без развития его наиболее характерного проявления менингоэнцефалита, которые являются показателями иммунодефицита. Важное значение при диагностировании микозов имеют данные гистологического исследования.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, диагностика, аспирационная пневмония, криптококкоз, ВИЧ, СПИД.

DIAGNOSIS ASPIRATION OF GASTRIC CONTENTS AND GENERALIZED CRYPTOCOCCOSIS IN FORENSIC PRACTICE

Suloiev C.M., Demchenko I.A., Moskalenko I.S., Matkovskaya L.C.,
Opychalo M.S.

Summary. This article describes a case of postaspirational pneumonia caused by cryptococcal infection with further generalization of the process and development of extrapulmonary cryptococcosis (including damage to the heart, liver, kidney, pancreas). This case wasn't accompanied by cryptococcal meningitis that mostly occurs in immunocompromised individuals. The histopathological examination greatly contributes to the mycological diagnosis.

Keywords: forensic examination, diagnosis, aspiration pneumonia, cryptococcosis, HIV, AIDS.

УДК: 61:340.6:614.256

АНАЛІЗ НЕДОЛІКІВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ (за матеріалами комісійних судово-медичних експертиз)

©Франчук В.В.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Резюме. У статті докладно вивчені поширеність, структура, особливості, причини та наслідки неналежного надання медичної допомоги на підставі дослідження комісійних експертиз Тернопільського обласного бюро судово-медичної експертизи за 2007 – 2014 рр. у випадках порушень професійних обов'язків медичними працівниками. Недоліки у наданні медичної допомоги виявлені в 82,1% експертиз за «лікарськими справами». Медична допомога із дефектами надавалась майже однаково часто як на догоспітальному, так і на госпітальному етапах (45,5% і 49,1% відповідно). Частіше за все порушення у професійній діяльності спостерігались серед анестезіологів, терапевтів, акушерів-гінекологів та педіатрів. Помилкові дії лікарів були асоційованими, мали місце під час діагностики, лікування та ведення медичної документації. Неналежна медична допомога зазвичай надавалась у недостатньому обсязі та несвоєчасно. Більшість випадків (80%) медичної допомоги з дефектами була зумовлена об'єктивними причинами. Помилкові дії лікарів або середніх медичних працівників, які знаходились у прямому чи опосередкованому причинно-наслідковому зв'язку із тяжкими наслідками, констатовані в 9,8% випадків експертиз.

Ключові слова: недоліки медичної допомоги, медичні помилки, порушення професійних обов'язків медичними працівниками, аналіз.

ВСТУП. Кожна людина має невід'ємне і непорушне конституційне право на охорону здоров'я та медичну допомогу, що забезпечується професійно підготовленими медичними працівниками лікувальних закладів будь-якої форми власності [3,6,7,12]. Неналежне виконання медичним персоналом своїх професійних обов'язків посягає на найвищу соціальну цінність – життя та здоров'я. Реформування галузі охорони здоров'я, підвищення вимог до професійної освіти медиків, в сукупності із зростанням правової обізнаності населення, підкреслюють надзвичайну важливість надання медичної допомоги на належному рівні [2,6,12]. Однак, професійна діяльність

лікаря чи середнього медпрацівника не завжди буває вдалою, нерідко супроводжується певними недоліками, які закінчуються негативно, що стає підставою для порушення кримінальних чи цивільних справ [6,11,12]. Оцінка якості медичної допомоги, виявлення дефектів у її наданні, вивчення особливостей недоліків медичної діяльності є надзвичайно важливими не тільки для судово-медичної експертної діяльності чи правоохоронної практики [5], але і усієї клінічної медицини. Питання неналежної медичної допомоги мало досліджувались вітчизняною судово-медичною наукою і лише останнім часом почали з'являтися поодинокі наукові праці, які часто мають лише загально статистичний характер. Тому, у представленому дослідженні зроблена спроба більш докладно висвітлити цю проблему.

Мета дослідження полягає у вивченні структури, поширеності та особливостей недоліків у наданні медичної допомоги на прикладі Тернопільської області.

Матеріали і методи. Відповідно до мети роботи, досліджені матеріали комісійних судово-медичних експертиз у випадках неналежного виконання професійних обов'язків медичними працівниками (так звані «лікарські справи»), проведених у Тернопільському обласному бюро судово-медичної експертизи протягом 2007-2014 років. Об'єктами для дослідження стали: висновки експерта; акти судово-медичних досліджень; протоколи патологоанатомічних досліджень трупів; довідки про причину смерті; протоколи, висновки та рішення контрольно-експертних комісій; матеріали службової перевірки щодо якості надання медичної допомоги; протоколи допиту та пояснення медичного персоналу; медичні карти стаціонарних хворих; медичні карти амбулаторних хворих; історії розвитку дитини; історії пологів; індивідуальні карти вагітних; рецензії на історії хвороб та історії пологів; карти виїзду швидкої медичної допомоги; рентгенограми, протоколи інструментальних досліджень; відмовні матеріали відділів внутрішніх справ; кримінальні справи. Матеріали піддані докладному аналізу, результати якого занотовували у окрему, спеціально розроблену формалізовану карту для кожної комісійної судово-медичної експертизи у випадках неналежного надання медичної допомоги. Результати досліджень узагальнили, систематизували та обробили за допомогою загально статистичних методів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Встановлено, що протягом 2007-2014 рр. в Тернопільському обласному бюро судово-медичної експертизи було виконано 1237 комісійних експертиз, з яких за «лікарськими справами» – 112, що склало 9,05% від загалу. Вказаний відсоток більше ніж на половину менший, ніж у сусідньому регіоні – Хмельницькій області [13], що можна пояснити суттєво нижчою абсолютною кількістю усіх комісійних експертиз в цьому регіоні (майже у два рази) за умови тотожності в обох областях щорічної кількості експертиз у випадках притягнення до кримінальної відповідальності лікарів. Водночас, отримані дані в цілому збігаються з результатами досліджень інших судових медиків [8,10].

Майже у всіх випадках (92 або (82,1%)) судово-медичними експертними комісіями були виявлені різноманітні недоліки у наданні медичної допомоги, не знайдено дефектів в 16 випадках (14,3%). В інших 4 випадках (3,6%) визначити, чи мали місце такі недоліки, виявилось неможливим через узагальненість та неконкретність експертних висновків, що було зумовлено специфікою питань слідчих.

Під недоліками надання медичної допомоги розумілись будь-які упущення, промахи, дефекти, невиконання належним чином навмисно, підсвідомо чи ненароком професійних обов'язків медичними працівниками (лікарями або середнім медичним персоналом) [1,2,6,8,14].

Найчастіше порушення у професійній діяльності медичних працівників спостерігались під час надання екстреної медичної допомоги – 83 випадки (74,1%) проти 22 (19,6%), коли медична допомога була плановою, що збігається з даними [8,10]. Вивчаючи поширеність недоліків стосовно етапів надання медичної допомоги, більшість вчених констатує суттєве переважання помилкових дій медичних працівників під час перебування пацієнтів на стаціонарному лікуванні. Отримані нами дані свідчать, що медична допомога із дефектами зустрічалась майже однаково часто як на догоспітальному, так і на госпітальному етапах (45,5% і 49,1% відповідно). Більша половина недоліків на догоспітальному етапі траплялась під час звернення хворих у поліклініки (56,9%). Решта випадків сталась в момент медичних оглядів у фельдшерсько-акушерських пунктах чи сільських лікарських амбулаторіях (31,4%), ще 6 випадків (11,8%) неправильних дій було констатовано у медичного персоналу бригад невідкладної медичної допомоги. Помилкові дії лікарів на етапі госпіталізації хворих зазвичай ставались у стаціонарі, а у двох випадках такі дії були допущені в приймальному відділенні. Окремо слід зауважити, що дефекти медичної допомоги нерідко допускались одночасно як на догоспітальному, так і на госпітальному етапах (як правило, на рівні поліклініка-стаціонар), чи комбінувались між собою (ФАП-поліклініка, ФАП-швидка медична допомога-стаціонар, ФАП – сільська лікарська амбулаторія), що зазвичай потенціювало їх загальний негативний вплив на хворих і закінчувалось летально.

Щодо поширеності недоліків у професійній діяльності серед лікарів відповідних спеціальностей, нами констатовано, що найчастіше такі недоліки були допущені анестезіологами (39,3 % всіх випадків). На другому місці – терапевти (21,4 %); на третій позиції – акушери-гінекологи (18,7 %); четверте місце – у педіатрів (17,8 %); замикають п'ятірку – хірурги з 14,3 % (табл. 1).

**Поширеність недоліків серед медичних працівників
(відповідно до спеціальності)**

Спеціальність медичного працівника	Кількість справ, в яких були виявлені недоліки медичних працівників певного фаху	Частка відносно загальної к-сті досліджених справ
Анестезіологи	44	39,3%
Терапевти	24	21,4%
Акушери-гінекологи	21	18,7%
Педіатри	20	17,8%
Хірурги	16	14,3%
Травматологи	15	13,4%
Інфекціоністи	14	12,2%
Лікарі швидкої мед. допомоги	10	8,9%
Сімейні лікарі	5	4,5%
Офтальмологи	5	4,5%
Нейрохірурги	5	4,5%
Рентгенологи та лікарі УЗД	5	4,5%
Неврологи	4	3,6%
Лікарі приймального відділення	4	3,6%
Онкологи	3	2,7%
Судово-медичні експерти	3	2,7%
Оториноларингологи	2	1,8%
Психіатри	2	1,8%
Стоматологи	1	0,9%
Службові особи	2	1,8%
Фельдшера	7	6,2%
Акушерки	6	5,3%
Медичні сестри	4	3,6%

Прим.: цифрові значення перевищують загальну к-сть спостережень внаслідок одночасного (в межах однієї справи) допущення недоліків медичними працівниками декількох спеціальностей

Звертає на себе увагу суттєве переважання допущених недоліків лікарями-анестезіологами, що можна пояснити специфічністю цього лікарського фаху, зумовленого наданням невідкладної медичної допомоги вкрай важким хворим, необхідністю дій в умовах швидкоплинності розвитку патологічних станів, коли потрібно приймати миттєві рішення чи терміново здійснювати реанімаційні заходи і т.п., що важко виконати бездоганно, не порушуючи окремі правила чи інструкції. Варто також зауважити, що кожний сьомий випадок помилкового надання медичної допомоги був пов'язаний з середнім медичним персоналом.

З метою всебічності та повноти аналізу виявлені дефекти у наданні медичної допомоги розподілили на дві групи: *за видом* – діагностичні, лікувально-тактичні, організаційні, деонтологічні, недоліки у медичній документації [4] та *за типом* – ненадання медичної допомоги, несвоєчасне її надання, недостатнє надання та неправильне надання [14]. Частіше за все лікарі припускались діагностичних помилок, що констатовано в 61,1 % випадків, помилки у веденні медичної документації зафіксовані в 46,4 %, лікувально-тактичні помилки (40,2%), організаційні (27,7 %), деонтологічні (21,4%). Характерно, що помилкові дії лікарів рідко були одиничними, зазвичай асоціюючись між собою, що і обумовлювало більшу їх кількість в порівнянні з кількістю самих спостережень. Частіше за все судово-медичними експертними комісіями відмічено сукупність двох різних таких дефектів (23,2 %), коли, наприклад, хибність у діагностиці тягнула за собою неправильне лікування. Поєднання 4 дефектів одночасно констатовано у 16,7 % «лікарських справ»; 3 дефекти (14,3 %); недоліки усіх видів (3,6 %).

Серед *недоліків діагностики* відмічені недостатнє загально-клінічне обстеження і лабораторні та інструментальні дослідження; недооцінювання клінічних проявів захворювання; необґрунтованість клінічного діагнозу; не проведення показаних спеціальних додаткових методів обстеження та діагностики.

Лікувально-тактичні дефекти насамперед були пов'язані з хибністю медикаментозних призначень, серед яких слід відзначити: перевищення доз препаратів, недостатній чи надлишковий об'єм інфузій, необгрунтоване призначення багатьох лікарських засобів одночасно (поліпрагмазія). Серед інших помилкових дій в лікувально-тактичній сфері необхідно зазначити відсутність показів до оперативного лікування, відсутність даних моніторингового спостереження за пацієнтом, недооцінка важкості його стану, не передбачення розвитку ускладнень та неправильний прогноз.

До *організаційних помилок* у наданні медичної допомоги віднесли ситуації, коли лікуючі лікарі: не використовували можливості консультантів та не скликали консилиум; неправильно скеровували госпіталізацію (не за профілем); порушували правила транспортування хворого (без супроводу медичного персоналу, не у санітарному транспорті, здійснювали транспортування за відсутності показів). Організаційними помилками також були відсутність або несправність медичного устаткування; відсутність або недостатність контролю з боку адміністрації лікувального закладу за станом лікувально-діагностичного процесу; дозвіл головного лікаря не проводити розтин у випадках сумнівного діагнозу чи неясної причини смерті.

Серед дефектів у веденні *медичної документації* зафіксовані такі погрішності: відсутність показників тиску, пульсу, частоти дихання, температури; відсутність або недостатність даних фізикальних методів обстеження; поверхневий і неповний опис об'єктивного статусу, в т.ч. *locus morbi*; відсутність інформованої згоди пацієнта на обстеження та лікування або відсутність письмової заяви про його відмову від лікування; невідповідність клінічного діагнозу діючій МКХ; відсутність записів чергових лікарів або тривалий часовий період між такими записами; не відображення динаміки захворювання у щоденних записах; непослідовність чи неповність епікризу; відсутність даних про медичні огляди тощо.

Серед *деонтологічних помилок* зазвичай траплялась некоректна поведінка медичного персоналу з хворим чи його родичами та приховування пацієнтом або особами, які його супроводжували, даних про анамнез та особливості захворювання.

Таким чином, отримані дані свідчать, що найчастіше лікарями допускались діагностичні та лікувально-тактичні помилки, що збігається з даними [8,9,13], проте відрізняється від результатів [10], за якими більшість дефектів встановлена в організації лікувального процесу. Разом з тим, виявлена менша питома вага організаційних помилок у здійсненні лікувально-діагностичних заходів нівелювалась превалюванням цього виду дефектів в асоціації з іншими видами помилок. Окремо слід відзначити значну кількість недоліків у веденні медичної документації, які зазвичай супроводжували всі інші види упущень у професійній діяльності медичного персоналу. Кожна третя «лікарська справа» виявила різноманітні за обсягом та глибиною порушення галузевих стандартів чи посадових інструкцій.

Аналіз допущених лікарями недоліків за типами дефектної медичної допомоги показав, що недостатній обсяг цієї допомоги встановлено серед 35,4% спостережень, несвоєчасне її надання – у 27,7%, неправильність медичної допомоги констатована у 8,8% випадків, ненадання медичної допомоги – у 3,6%. Більше третини дефектів стосовно обсягу медичної допомоги були одиничними. Комбіновані дефекти, коли медична допомога одночасно була недостатньою, несвоєчасною чи неправильною, або не надавалась взагалі, виявлені у чверті випадків. Отже, наведені дані в цілому узгоджуються з результатами інших дослідників [10].

Як відомо, оцінка дій медичних працівників судово-медичними експертними комісіями, як і належна правова кваліфікація таких дій чи бездіяльності, неможлива без з'ясування їх причин, наслідків, до яких вони призвели, та знаходження відповідних причинно-наслідкових зв'язків.

Причини неналежного виконання професійних обов'язків медичних працівників прийнято поділяти на дві групи: *об'єктивні* та *суб'єктивні*. До об'єктивних належать такі причини, які зумовлені недостатнім розвитком медичної науки та практики, існують поза свідомістю людини і виникли незалежно від волі, професійності та особистісних якостей лікаря [2,4,6,8,14]. За результатами проведеного дослідження об'єктивними причинами недоліків у наданні медичної допомоги були: важкість стану пацієнта чи наявність у нього супутньої патології (констатовано в 32,1% випадків); запізніле звернення за медичною допомогою або швидкий перебіг патологічного процесу (21,4%); труднощі діагностики чи нетиповий перебіг захворювання (13,4%); відмова хворих або їх родичів від госпіталізації (8,0%); недотримання пацієнтами режиму лікування (2,7%).

Суб'єктивні причини пов'язані з особливостями лікаря чи іншого медичного працівника, які похідні від їх діяльності, залежать від ступеня професійної підготовки [2,4,6,8,14]. До таких причин віднесли підтверджені експертними висновками неправильні професійні дії медичних працівників, що було виявлено в 9,8% випадків.

Таким чином, понад 80% випадків надання медичної допомоги з дефектами було зумовлено об'єктивними (які не залежали від дій медичного персоналу) причинами. Кожний десятий такий випадок був викликаний саме помилковими діями лікарів або середніх медичних працівників.

Виявлені недоліки медичної допомоги супроводжувались тяжкими для хворих наслідками практично в усіх випадках (крім одного, коли мало місце легке тілесне ушкодження з короткочасним розладом здоров'я), зокрема: смерть пацієнта спостерігалась в 70,6%; заподіяння тяжкого тілесного ушкодження 2,2%; спричинення тілесного ушкодження середнього ступеня тяжкості у 8,7%.

Прямий чи опосередкований причинно-наслідковий зв'язок між неправильними діями медичного персоналу та негативними наслідками був встановлений судово-медичними експертними комісіями в 9,8% справ, тобто, в усіх випадках наявності саме суб'єктивних причин дефектної медичної допомоги - неправильних дій лікарів чи середніх медичних працівників. Не встановлено причинно-наслідкових зв'язків у 39,3% експертних висновків, ще в 26,8% «лікарських справ» такі висновки були взагалі відсутні.

ВИСНОВКИ:

1. Різноманітні порушення медичними працівниками власних професійних обов'язків виявлені в 82,1% усіх виконаних комісійних судово-медичних експертиз за «лікарськими справами», що свідчить про низький рівень медичної допомоги і вимагає його покращення.

2. Недоліки медичної допомоги траплялись майже однаково часто як на догоспітальному, так і на госпітальному етапах (45,5% та 49,1% відповідно). Найчастіше порушення у професійній діяльності допускали лікарі-анестезіологи (39,3% випадків), терапевти (21,4%), акушери-гінекологи (18,7%) та педіатри (17,8%). На лікарів-хірургів та травматологів припадає 14,3% та 13,4% випадків відповідно.

3. Як правило, помилкові дії лікарів були асоційованими, зустрічались під час діагностики, лікування, в організаційному забезпеченні медичних міроприємств, а також – у оформленні медичної документації. Неналежа медична допомога зазвичай надавалась у недостатньому обсязі та несвоєчасно.

4. Більшість випадків (понад 80%) неналежного надання медичної допомоги була зумовлена об'єктивними причинами. Помилкові дії лікарів або середніх медичних працівників, які безпосередньо призвели до тяжких наслідків, констатовані серед 9,8% експертиз.

5. Проблема несприятливих наслідків лікування потребує подальшого докладного вивчення з метою покращення ефективності надання медичної допомоги громадянам та посилення доказовості експертних висновків у випадках порушення професійних обов'язків медичними працівниками.

Література

1. **Завальнюк А.Х.** Професійні правопорушення медичних працівників : аналіз ситуації, зміст поняття, пропозиції / А. Х. Завальнюк, І. О. Юхимець, О. Ф. Кравець // Український судово-медичний вісник. – 2009. - № 2. – С. 30-34.
2. **Завальнюк А. Х.** Етично-правові аспекти лікарської діяльності в Україні : монографія / А. Х. Завальнюк, Г. Ф. Кривда, І. О. Юхимець. – Одеса : Астропринт, 2008. – 192 с.
3. **Конституція** України: Верховна Рада України від 28.06.1996 р. // Відомості Верховної Ради України від 23.07.1996 – № 30.
4. **Краковский И.И.,** Грицман Ю.А. Хирургические ошибки / И. И. Краковский, Ю. А. Грицман. – М. : Медицина, 1967. – 192 с.
5. **Личман Т. В.** Оглядовий аналіз комісійних судово-медичних експертиз. Визначення правильності надання медичної допомоги в ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України» / Т. В. Личман, А. В. Легедза, О. М. Дубровська // Судово-медична експертиза. – 2014. - № 1. – С. 79-82.
6. **Москаленко В.Ф.,** Михайличенко Б.В. Медичне законодавство: правова регламентація лікарської діяльності. – К.: ВСВ «Медицина». – 2011. – 495 с.
7. **Основи** законодавства України про охорону здоров'я: Верховна Рада України; Закон від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ // Голос України від 15.12.1992, Відомості Верховної Ради України від 26.01.1993 р. – № 4.
8. **Пашинян Г. А.** Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья / Г. А. Пашинян, И. В. Ившин. – М. : Медицинская книга, 2006. - 196 с.
9. **Судебно-медичинская** експертиза по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи работниками лечебно-профилактических учреждений Запорожской области / И. Н. Шевченко, Л. М. Туманская, Н. С. Таланов, Н. Г. Бирюков, А. И. Олейник, А. В. Куртев // Патология. - 2008. - Т. 5, № 1. - С. 92-96.
10. **Тягунов Д. В.** Характеристика дефектов оказания медицинской помощи по материалам комиссионных судебно-медичинских экспертиз / Д. В. Тягунов, А. Н. Самойличенко // Медицинское право. – 2008. – № 4(24). – С. 44-46.
11. **Флоря В.Н.** Судебно-медичинская експертиза по делам о «врачебных преступлениях» / В. Н. Флоря // Медицинское право. – 2009.- № 2.- С. 37-41.
12. **Хміль І. Ю.** Законодавче забезпечення лікарської діяльності : навч. посібник / І. Ю. Хміль, Б. В. Михайличенко, О. І. Артеменко. – К. : ВСВ «Медицина», 2010. – 208 с.
13. **Шандига-Глушко О. І.** / Аналіз комісійних судово-медичних експертиз, проведених у справах щодо призначення до відповідальності медичних працівників / О. І. Шандига-Глушко, Н. В. Козицька, О. М. Кряжева // Судово-медична експертиза. – 2015. - № 2. – С. 95-100.
14. **Щёголев П. П.** Судебно-медичинская експертиза ненадлежащей медицинской помощи : автореф. дис. на соискание уч. степени доктора мед. наук : спец. 14.774 «Судебная медицина» / П. П. Щёголев. – Гродно, 1974. - 49 с.

АНАЛИЗ НЕДОСТАТКОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ (по материалам комиссионных судебно-медицинских экспертиз)

Франчук В. В.

Резюме. В статье изучена распространённость, структура, особенности, причины и исходы ненадлежащего оказания медицинской помощи на основании исследования комиссионных экспертиз Тернопольского областного бюро судебно-медицинской экспертизы за 2007 – 2014 гг. в случаях нарушений профессиональных обязанностей медицинскими работниками. Недостатки в оказании медицинской помощи выявлены в 82,1% экспертиз по «врачебным делам». Медицинская помощь с дефектами оказывалась практически одинаково часто как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах (45,5% и 49,1% соответственно). Чаще всего нарушения профессиональных обязанностей наблюдались среди анестезиологов, терапевтов, акушеров-гинекологов и педиатров. Ошибочные действия врачей были ассоциированными, встречались во время диагностики, лечения и оформления медицинской документации. Ненадлежащая медицинская помощь обычно предоставлялась в недостаточном объёме и несвоевременно. Большинство случаев (80%) дефективной медицинской помощи было обусловлено объективными причинами. Ошибочные действия врачей или средних медицинских работников, которые находились в прямой или опосредованной связи с тяжкими последствиями, констатированы в 9,8% случаев.

Ключевые слова: недостатки медицинской помощи, медицинские ошибки, нарушения профессиональных обязанностей медицинскими работниками, анализ.

ANALYSIS OF MEDICAL MALPRACTICE IN MODERN CONDITIONS (according to the materials of commissonal forensic medical examinations)

Franchuk V. V.

Summary. Professional occupation of a doctor is quite often followed by different imperfections, which end up negatively for the patients. Every case of inadequate medical care becomes an object of investigation which can't be implemented without the conclusion of commissonal forensic medical examination. This problem is not enough studied in contemporary Ukrainian forensic medicine. That's why the research on structure, occurrence and peculiarities of medical malpractice become *the goal of the research*.

Materials and methods. The study analyzes archival materials (reports of forensic medical commission examinations) handled in Ternopil regional Bureau of forensic medical examination during 2007-2014 years. The research results are summarized and processed with general statistical methods.

Results of the research. It is defined that during studied period 112 examinations concerned to medical malpractice were implemented which was 9,05% from the general quantity of all commissonal examinations. Different medical mistakes were defined in 82,1%. Among of them physicians' malpractice at providing emergency medical care equaled (74,1%), in hospital department (19,6%). Medical malpractice was administered almost with the same frequency on pre-hospital and hospital levels (45,5% against 49,1%). The bigger half of this malpractice on hospital level was revealed during patients approach to the polyclinic (56,9%).

According to physician specialties, medical errors are present in: anesthesiologists (39,3 % of all cases), therapist (21,4 %), obstetricians and gynecologists (18,7 %), pediatricians (17,8 %), surgeons (14,3 %).

The most frequent medical errors were diagnostic ones, what is confirmed in 61,1% of cases, errors in medical records – 46,4%, treatment errors – 40,2%, organizational – 27,7%, deontological – 21,4%. Wrong actions of physicians were rarely unitary and had association with each other.

The *diagnostic errors* were insufficient clinical, laboratory and instrumental examination of a patient; underestimation of clinical features of the disease, baselessness of clinical diagnosis, absence of needed special methods of diagnostics and examination.

Treatment defects were associated with mistakes in drug prescription, particularly: excessive dosage, insufficient or excessive infusion volume, unreasonable prescription of big amount of drugs at the same time (polypragmasy).

Among other wrong actions there were the absences of indications for surgery, absences of patients monitoring data, underestimation of patient condition, no predictions of following complications and incorrect prognosis.

Among *organizational errors* there were the absences of concilium, incorrect hospitalization, violations of rules of patients' hospitalization, absences or equipment malfunction, insufficient control of diagnostic and treatment process.

The *errors among medical records* were the absence of rate of pulse, respiratory rate, temperature, absence or insufficiency of additional methods of clinical examination, absence of informed consent, inappropriate diagnosis which didn't correspond with International Classification of Diseases.

Among the *deontological errors* was the incorrect behavior of medical staff with patients or relatives and concealment of anamnesis data by patient.

In one fourth of all cases, the defects were a combination of insufficient and late medical care.

Among the objective reasons of medical errors it was defined the following: the severity of patients status and presence of comorbidities (32,1% of cases); late appeal for medical care or fast course of the disease (21,4%); difficulty of diagnostics or atypical course of the disease (13,4%); patients' or relatives' refusal for admission to hospital department (8,0%); patients' non-adherence of treatment (2,7%). The subjective reasons included incorrect professional actions of medical personnel (9,8%) and its poor quality. The violations were followed by severe consequences such as: the death of a patient (70,6%); severe injuries (2,2%); moderate injuries (8,7%).

Direct or indirect connection between incorrect actions of medical staff and negative consequences was found in 9,8% of cases. Generally, medical errors were combined, specifically during the diagnostics, treatment and keeping medical records. The majority of cases (80%) of medical malpractice was caused by the objective reasons.

Key words: medical malpractice, medical errors, commissonal forensic medical examinations, dereliction of duty by the medical personnel, analysis.