

**СОБЛЮДЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ  
В ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ  
В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ. ДЕФЕКТЫ В ОКАЗАНИИ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

*ГУ «80 центральная военная судебно-медицинская лаборатория»1,  
Военно-медицинский факультет в УО «БГМУ»2*

В соответствии с Инструкцией о порядке медицинского обеспечения Вооруженных Сил Республики Беларусь, утвержденной приказом Министерства обороны Республики Беларусь от 15.03.2004 г. № 10, пункт 182 гласит «После обследования больного врач кратко и разборчиво записывает в его медицинской книжке дату приема, очередность посещения, жалобы, данные объективного обследования, диагноз, назначения, делает отметку о необходимости освобождения от занятий и работ и подписывается...»!

При проведении судебно-медицинских экспертиз ГУ «80 центральной военной судебно-медицинской лабораторией» (далее – 80 ЦВСМЛ) обращает на себя внимание крайне небрежное оформление медицинских документов из воинских частей и учреждений. Как правило, при поступлении больных в стационар их статус с описанием всех органов и систем в документах не записан, что ведет к упущениям, влекущим за собой диагностические ошибки.

Обоснование диагноза, как правило, не приводится. В сложных случаях не проводится дифференциальная диагностика. Иногда в течение нескольких дней больные находятся в стационаре без диагноза. При неясном диагнозе в приемном отделении не проводят (либо не оформляют) совместные осмотры больного различными специалистами. При этом каждый специалист ведет себя как консультант. Осмотр больного начальниками отделений ограничивается в виде краткого дневника, этапные эпикризы не оформляются. Приходится только догадываться о том, что в действительности происходило с больным. Консилиумы врачей проводятся редко, как правило, с большим запозданием.

Все врачи лечебного звена являются в какой-то мере контролирующим органом для войсковых врачей, и в то же время и обучающим органом. Но, к сожалению, функция контроля совершенно не ощущается, судя по ведению войсковыми врачами медицинских книжек, а что касается обучающей функции, то здесь тоже нечем похвастаться. Записи врачей-специалистов в медицинских книжках консультирующихся военнослужащих крайне скудны в информации. Иногда войсковой врач больше вносит информации, чем специалист, у которого он консультирует пострадавшего или больного. Часто это заключается в одном «голом» диагнозе без объективного обоснования. А рекомендации специалистами, по-видимому, даются в устной форме, так как их не заносят в медицинские документы.

Диспансерное наблюдение, положенные контрольные осмотры после выписки больного из стационара иногда отсутствуют. В медицинской документации также часто отсутствует динамика патологического процесса (полученного повреждения) при амбулаторном лечении военнослужащего. Неизвестно, как зажила рана, как завершился исход того или иного патологического процесса.

Должно быть описание повреждений и местных изменений в ходе лечения, а также подробное изложение этапов оперативного вмешательства.

Должен быть контроль за сроками нахождения на стационарном лечении в соответствии с протоколами лечения. Иногда военнослужащий с ссадиной или кровоподтеком находится в учреждении свыше 15 дней, с подкожным панарицием - в течение 2-х месяцев. Затем у следственных органов возникает законный вопрос, почему данный военнослужащий столько находился на стационарном лечении. Однако имеются и противоположные случаи, когда вместо стационарного лечения больного назначают амбулаторное, а затем травмы не учитываются.

Должен быть налажен контроль за постановкой диагноза, его обоснованностью, подтверждение объективными признаками, а не жалобами и анамнезом. Иногда лечащий врач ставит свой диагноз несмотря на противоречия с данными рентгенологического исследования и другими инструментальными методами обследования. Особенно это касается черепно-мозговой травмы, ее последствий.

Кроме того, необходимо остановиться на качестве рентгенологического обследования. В медицинских документах, направляемых на экспертизу, значится перелом кости, но при повторном изучении рентгеновских снимков плохого качества данную патологию в ходе проведения экспертизы приходится отвергать.

Должен быть налажен строгий контроль за выдачей больничных листов в поликлиниках, их обоснованностью.

Особый вопрос – это медицинское освидетельствование на предмет алкогольного опьянения. В лечебных учреждениях оно практически отсутствует и ограничивается только взятием крови на алкоголь, и записью «запах алкоголя изо рта». В то же время судебно-химических исследований для определения этанола в биологических средах только в 2008 году по поводу телесных повреждений в 80 ЦВСМЛ проведено 396 экспертиз. При этом 46 % получивших телесные повреждения находились в состоянии алкогольного опьянения.

За 2008 год в военно-медицинском управлении Министерства обороны согласно отчетам военно-медицинских организаций зафиксировано 17 дефектов в оказании медицинской помощи (9 случаев в приемном отделении 432 ГВКМЦ, 3 случая в травматологическом центре и 5 случаев в урологическом отделении), а также 8 дефектов с летальным исходом, которые распределились следующим образом:

I. Догоспитального периода:

- поздняя госпитализация – 2;
- дефект диагностики -1.

II. Госпитального периода:

- нераспознанное основное заболевание – 2;
- нераспознанное основное осложнение – 1;
- прочие дефекты госпитального периода -2.

По причинам дефекты распределились:

- позднее обращение к врачу -2;
- недостаточная квалификация медицинского работника -1;
- недостатки в организации лечебно-диагностического процесса -2;
- объективные трудности диагностики, связанные с кратковременным пребыванием в стационаре и тяжелым состоянием больного – 3.

В соответствии с Положением о сличении клинического и патологического диагнозов, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Республики

Беларусь от 17.06.1993 г. № 111, выделяются следующие категории расхождения диагнозов основного заболевания:

К 1-й категории следует относить случаи, при которых заболевание не было распознано на предыдущих этапах, а в данном лечебном учреждении установление правильного диагноза было невозможно из-за объективных трудностей (коматозное состояние больного, кратковременность его пребывания, смерть в приемном отделении и т.д.). Расхождения диагнозов первой категории должны быть отнесены к тем лечебно-профилактическим учреждениям, которые оказывали медицинскую помощь больному в более ранние сроки (на предыдущем этапе лечения) и имели объективные возможности правильной диагностики.

К 2-й категории следует относить случаи, при которых заболевание не было распознано в данном лечебном учреждении в связи с недостатками в обследовании больного. При этом следует учитывать, что правильная диагностика необязательно оказала бы решающее влияние на исход заболевания, однако правильный диагноз мог и должен был быть поставлен.

К 3-ей категории следует относить случаи, при которых неправильная диагностика повлекла за собой ошибочную тактику, что сыграло решающую роль в смертельном исходе.

Наряду с оценкой случая по основному заболеванию следует проводить сличение диагнозов по важнейшим смертельным осложнениям и ведущим сопутствующим заболеваниям. При этом могут иметь место четыре вида оценки:

- 1) распознаны своевременно;
- 2) совпадение диагнозов при запоздалой диагностике;
- 3) не распознаны;
- 4) диагностированы избыточно (гипердиагностика).

Необходимо также при сличении клинических и патологоанатомических диагнозов выявлять случаи неправильного оформления клинического (заключительного) диагноза.

Качество оказания медицинской помощи определяется в соответствии с Инструкцией «Оценка качества оказания скорой медицинской помощи», утвержденной первым заместителем Министра здравоохранения Республики Беларусь от 09.01.2008 г. № 138-1207.

В соответствии с указанной Инструкцией определение качества оказания медицинской помощи производится по шкале экспертной оценки (табл. 1) и рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{КМП} = 1 - \text{ОМК} - \text{ОДМ} - \text{ОД} - \text{ОМП},$$

где:

ОМК – оценка оформления медицинской карты или истории болезни;

ОДМ – оценка диагностических мероприятий;

ОД – оценка установленного диагноза;

ОМП – оценка оказания медицинской помощи.

Таблица 1

Шкала экспертной оценки качества оказания медицинской помощи

Код строки	Наименование оценки	Оценка дефекта в баллах
1. Оценка оформления медицинской карты (максимальное число баллов 0,1)		
1.1.	Неполное заполнение истории болезни, неправильно оформленная история болезни (диагноз, оформленный не по классификации и др.)	- 0,1
2. Оценка диагностических мероприятий (максимальное число баллов 0,2)		
2.1.	Неполный анамнез	- 0,1
2.2.	Диагностические мероприятия не в полном объеме	- 0,2
3. Оценка установленного диагноза (максимальное число баллов 0,2)		
3.1.	Несоответствие поставленного диагноза клинико-диагностическим данным	- 0,2
4. Оценка оказания медицинской помощи (максимальное число баллов 0,5)		
4.1.	Тактические недостатки (необоснованная госпитализация, не сообщено в прокуратуру о факте травме, тяжести состояния больного руководителю и т.д.)	- 0,1
4.2.	Оказание медицинской помощи не в полном объеме (оценивается в зависимости от достигнутого эффекта)	от - 0,2 до - 0,4
4.3.	Значительное отклонение от протоколов и неверная тактика	- 0,5

При этом формируется оценка уровня качества оказания медицинской помощи

отличный	– 0,91 – 1,0
хороший	– 0,75 – 0,90
удовлетворительный	– 0,51 – 0,74
неудовлетворительный	– 0,5 и ниже

В соответствии с Инструкцией о порядке медицинского обеспечения от 15.03.2004 г. № 10 начальником военно-медицинского управления Министерства обороны ежегодно утверждаются модели конечных результатов деятельности по организации лечебно-диагностической работы в Вооруженных Силах Республики Беларусь