

УДК 340.66

ЗНАЧЕНИЕ ПОЛНОЦЕННОГО ОПИСАНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТАХ ДЛЯ ИХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ОЦЕНКИ

И.С. Ефремов, И.А. Чернов, А.И. Ефремов, А.И. Чернова

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

Кафедра патологической анатомии и судебной медицины

Научный руководитель – к.м.н., заведующий кафедрой И.А. Чернов

Резюме. Проведено исследование медицинской документации (журналы приемных отделений, карты вызова скорой медицинской помощи, медицинские карты стационарных и амбулаторных больных) с целью выявления дефектов описания телесных повреждений у потерпевших. Выявлен ряд однотипных ошибок фиксации повреждений медицинскими работниками, которые не позволяли дать полноценную судебно-медицинскую оценку этих повреждений. Определена проблема недостатка описания повреждений в медицинской документации и предложены пути ее решения.

Ключевые слова: экспертиза, фиксация повреждений, судебная медицина.

THE IMPORTANCE OF A COMPLETE DESCRIPTION OF DAMAGES IN MEDICAL DOCUMENTS FOR THEIR FORENSIC EVALUATION

I.S. Efremov, I.A. Chernov, A.I. Efremov, A.I. Chernova

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Tyumen State Medical University of the Ministry of Health of Russia

Department of Pathological Anatomy and Forensic Medicine

Scientific supervisor – candidate of medical sciences, head of the department I.A. Chernov

Summary. A study of medical documentation (reception department logs, ambulance call cards, medical records of inpatient and outpatient patients) was conducted in order to identify defects in the description of bodily injuries among victims. A number of similar errors have been identified aimed at eliminating harmful diseases of workers, which do not lead to full-fledged forensic medical assessments of these injuries. The problem of determining the description of injuries in medical documentation is identified and ways to solve it are proposed.

Key words: examination, recording of damage, forensic medicine.

Введение: В связи с различными преступлениями против жизни и здоровья людей в рамках уголовных дел, а иногда и гражданских дел, необходимо проведение судебно-медицинских экспертиз. На разрешение экспертов ставятся вопросы, связанные с наличием, локализацией, давностью возникновения, механизмом образования и определением степени тяжести причиненных телесных повреждений [1].

В ряде случаев после получения телесных повреждений потерпевшие обращаются за медицинской помощью в различные медицинские учреждения и минуют специалистов Бюро судебно-медицинской экспертизы. При этом практикующие врачи нередко являются единственными, кто наблюдают и фиксируют повреждения у потерпевших в медицинских документах.

В настоящее время достаточно большое количество судебно-медицинских экспертиз и исследований по определению тяжести вреда здоровью проводится только с изучением медицинских документов потерпевших – журналы приемных отделений, карты вызова скорой медицинской помощи, медицинские карты стационарного больного, медицинские карты амбулаторного больного и др. В подобных случаях информацию о характере повреждений судебно-медицинский эксперт, которому поручено проведение экспертизы или исследования, получает только из предоставленных на экспертизу медицинских документов.

Однако, по ряду причин, возможно в связи с загруженностью работой с большим количеством пациентов, с тяжелым состоянием экстренных больных, недостатком времени, врачи практически не отражают в медицинских документах необходимую морфологическую картину повреждений и их характеристики. Вследствие чего судебно-медицинские эксперты, проводя экспертизы и исследования по медицинским документам, испытывают значительные трудности при разрешении поставленных перед ними следователем вопросов, а зачастую вообще не могут на них ответить.

Между тем, существует определенный алгоритм описания телесных повреждений [2], соответственно которому эксперт может разрешить все поставленные перед ним вопросы. В этот алгоритм описания всех повреждений входит их точная локализация, формы, размеры, цветовая характеристика и пр.

Студенты медицинских вузов в процессе учебы на последних курсах, имея уже определенный «багаж» анатомических, биологических и медицинских знаний, в обязательном порядке изучают предмет «Судебно-медицинская экспертиза» с последующей сдачей экзамена и зачета. При этом в ходе теоретического обучения и на практике студенты осваивают необходимый алгоритм описания повреждений. Тем не менее, получив диплом врача, осуществляя работу по своей непосредственной медицинской деятельности, они не оказывают должного внимания характеристике повреждений при отражении их в медицинской документации.

Цель исследования: выявление дефектов описания телесных повреждений сотрудниками лечебно-профилактических учреждений при оформлении медицинской документации, оценка влияния этих дефектов на судебно-медицинские заключения, способы решения данной проблемы.

Материалы и методы: проведено исследование описания телесных повреждений у потерпевших медицинскими работниками (врачами) в медицинской документации лечебно-профилактических учреждений г. Тюмени и юга Тюменской области (37 записей журнала приемного отделения ГБУЗ Тюменской области «Областная клиническая больница № 2»; 32 карты вызова скорой медицинской помощи ГБУЗ Тюменской области «Областная станция скорой медицинской помощи»; 12 медицинских карт стационарных больных из ГБУЗ Тюменской области «Областная клиническая больница № 2»; 17 медицинских карт амбулаторных больных из ГБУЗ Тюменской области «Областная больница № 19» (Тюменский район) и 15 медицинских карт амбулаторных и стационарных больных из ГБУЗ Тюменской области «Областная больница № 11» (р.п. Голышманово) предоставленных на судебно-медицинскую экспертизу в ГБУЗ Тюменской области «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы», выявление и оценка типичных дефектов описания телесных повреждений.

Результаты и их обсуждение:

В ходе настоящей работы проведено исследование различной медицинской документации из лечебно-профилактических учреждений г. Тюмени и юга Тюменской области.

При этом был выявлен ряд схожих дефектов при описании повреждений в исследуемых медицинских документах.

Описание локализации повреждений, как правило, имели достаточно неопределенный характер, что не позволяло установить конкретную локализацию повреждений: «на волосистой части головы две раны», «кровоподтек на спине», «на правой ноге ссадины и ушибы», «на груди справа рана», «на туловище множественные кровоподтеки и ссадины», «на ногах множественные огнестрельные раны» и т.д.

Недостаточное описание повреждений в медицинских документах в большинстве случаев не позволило установить механизм образования повреждений и особенности травмирующего предмета. Например, «на груди слева рана 1,5x0,6 см» Диагноз: колото-резаное проникающее ранение груди», «на левом предплечье 2 раны 3x0,5 см, 2x0,5 см. Диагноз: Резаные раны левого предплечья». Исходя из этих практически одинаковых

описаний повреждений (точнее сказать вообще не описанных) судебно-медицинский эксперт не может квалифицировать эти повреждения по их механизму образования.

Врачи часто ограничивались просто упоминанием о наличии повреждений, изредка указывая их образное количество – «множественные», «единичные». Отсутствие или недостаточное описание повреждений, таких как: кровоподтеки, ссадины, подкожные гематомы, раны, не позволяли высказаться о давности (времени возникновения) повреждений. Крайне редко медицинские работники указывали «своеобразные» характеристики кровоподтеков – «цветущие», «различной стадии заживления», «старые», «Различной давности» и пр., совершенно не отражая при этом цвет кровоподтеков, гематом, и каких-либо характеристик ссадин и ран. Определить по такому описанию давность причинения повреждений практически не представлялось возможным.

Очень часто врачи указывали в медицинских документах диагнозы повреждений, установить наличие которых можно только по их клиническому описанию (сотрясение и ушибы головного мозга легкой и средней тяжести, травмы связочного аппарата коленного и голеностопного суставов и пр.), при этом совершенно не отражали объективные симптомы этих повреждений. При наличии переломов костей лицевого скелета (носовые и скуловые кости) не осуществлялось их рентгенологическое подтверждение, с последующим вправлением переломов. Все это не позволяло обоснованно подтвердить фигурирующий диагноз, хотя в большинстве случаев у потерпевших он, вероятнее всего имел место.

Еще одной, немаловажной проблемой при работе с медицинскими документами являлся неразборчивый почерк врачей. Несмотря на постепенный переход к системе электронных больничных карт, большинство врачей в поликлиниках и стационарах до сих пор ведут медицинскую документацию рукописным текстом. И в ряде случаев для полноценного исследования представленных документов приходилось обращаться в медицинские учреждения к врачам, заполнявшим медицинские документы, для «расшифровки» сделанных ими записей. При этом стоит отметить, что не все врачи смогли прочитать то, что сами написали.

Вывод:

Вышеперечисленные моменты, указывают на то, что при описании повреждений врачи должны строго соблюдать алгоритм фиксации повреждений в медицинской документации, делать это аккуратно и правильно, что позволит судебно-медицинским экспертам в полной мере ответить на поставленные следствием вопросы, а это в свою очередь приведёт к своевременному, быстрому и результативному расследованию уголовных дел. А для осуществления этого необходимо рассмотреть и принять комплекс мер, направленных на строгое соблюдение врачами алгоритма описания повреждений, а со стороны руководства медицинских учреждений усилить контроль органов здравоохранения за медицинскими работниками в данном аспекте.

Литература:

1. Пиголкин И.Ю. «Судебная медицина. Учебник» 4-е издание, ГЭОТАР-Медиа, 2022, 592с.
2. Крюков В.Н., Саркисян Б.А., Янковский В.Э. - Диагностикум механизмов и морфологии повреждений мягких тканей при тупой травме. Том 6. Механизмы и морфология повреждений мягких тканей, Новосибирск «Наука», 2001, 142с.