

*На правах рукописи*

**Лядова Мария Васильевна**

**МЕДИКОЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ  
ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ  
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В УСЛОВИЯХ  
МЕГАПОЛИСА**

14.01.15 – травматология и ортопедия

14.03.05 – судебная медицина

**А в т о р е ф е р а т**

**диссертации на соискание ученой степени**

**доктора медицинских наук**

**Москва 2016**



## Общая характеристика работы

**Актуальность темы исследования.** Оказание экстренной помощи больным травматологического профиля в условиях мегаполиса является одной из насущных проблем в организации системы современного здравоохранения [Багненко С.Ф., 2005; Блаженко А.Н., 2012; Елфимов П.В., 2005; Миронов С.П., 2013].

С каждым годом экстренная травматологическая помощь становится более специализированной, технологически оснащенной, количество вопросов по качеству её оказания только возрастает [Еругина М.В., 2014; Миронов С.П., 2012; Пальшин Г.А., 2010; Прудков А.И., 2010; Разумный Н.В., 2011]. По данным ряда исследователей объем претензий к врачам травматологам составляет около 6,0% от общего числа всех комиссионных экспертиз, а доля дефектов медицинской помощи на госпитальном этапе – 90% [Тягунов Д.В., 2010]. Следует отметить, что в последние годы отмечается заметный рост числа оперативных вмешательств, нарастание хирургической активности по экстренным показаниям, однако до сих пор нет четкой стандартизации полного объема медицинских мероприятий, которые обязаны оказывать больным травматологического профиля при экстренном поступлении [Агаджанян В.В., 2010; Бараш А.П., 1998; Елфимов П.В., 2006]. Существуют определенные ограничения в стандартизации лечебно-диагностического процесса, что связано с временным несоответствием между развитием достижений в области медицины и правовой процедурой их введения в практическую деятельность [Загородний Н.В., 2012; Ковалевский С.М., 2014; Кочубей А.В., 2013]. Последняя занимает достаточно длительное время и оказывается, что только что введенные стандарты уже устарели, например, в отношении лечения проксимальных переломов бедра [Маттис Э.Р., 2011; Миронов С.П., 2006]. На практике стандарты подвергаются критике со стороны различных медицинских школ, практикующих иные лечебные подходы. Так, по-прежнему много споров по поводу стандартизации лечения пациентов с сочетанной травмой [Максимов

А.В., 2013; Мыльникова Л.А., 2004]. Более того, как считают специалисты, формальный подход к оценке правильности (правомерности) действий медработника на основании единственного критерия (соблюдения стандарта) не может считаться основополагающим [Александрова О.Ю., 2014].

Наряду с этим отсутствуют единые принципы и системность в подходе при выборе критериев оценки качества медицинской помощи [Александрова О.Ю., 2012]. В настоящее время контроль качества медицинской помощи возложен на несколько организаций: на органы Росздравнадзора, Роспотребнадзора, фонды ОМС, страховые компании, работающие в системе ОМС [Александрова О.Ю.]. В каждой из них представлены свои подходы к оценке качества и доступности МП, разная методология проведения экспертизы, что не позволяет выявить «проблемные» зоны и причины их возникновения в системе оказания экстренной медицинской помощи населению, в целом, и пациентам травматологического профиля, в частности [Архипов В.В., 2003; Багненко С.Ф., 2005].

Также следует отметить, что оказание экстренной медицинской помощи сопряжено с многочисленными правовыми рисками [Сергеев Ю.Д., 2008]. Претензии к оказанию именно экстренной медицинской помощи составляют 64,0% от всех поступающих от пациентов жалоб [Ившин И.В., 2005]. Наблюдается стабильный рост судебных исков [Пашинян Г.А., Ившин И.В., 2009]. Так, по данным Московского городского фонда ОМС в 2014 году к судебному производству было принято 129 дел на общую сумму 2 904 034 руб. 94 копейки. По данным Федерального фонда ОМС, в 2003 году в судебном производстве находилось 661 судебное дело, из которых 288 судебных исков были удовлетворены, в 2011 при общем количестве уменьшения судебных исков до 584 дел отмечено увеличение доли судебных исков с возмещением материального ущерба на 6,8% (309 дел). По данным Росстата в 2014 году выявляемость правонарушений в сфере охраны здоровья составила 47% (в 2013 г. – 40%). Доля организаций, в которых выявлялись правонарушения,

увеличилась до 61% (в 2013 г. – до 40%). По результатам контрольных мероприятий назначено административных штрафов на сумму более 73 млн. рублей, что в 1,6 раза больше, чем в 2013 году. В 2014 году доля штрафов, уплаченных в бюджет, возросла до 81%.

Принятый в 2011 году Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не обеспечивает правового равенства пациентов и медицинских работников. Права пациентов является приоритетными, в то время как для медицинских работников установлены лишь обязанности, часто трудно реализуемые [Быховская О.А., 2002; Кочубей А.В., 2013]. Такое неравное положение в правовом поле врача и пациента оказывает негативное воздействие на систему их взаимоотношений, прежде всего, именно в процессе оказания экстренной медицинской помощи. Сегодня на врача лежит груз не только «моральной» (за жизнь пациента), но и юридической ответственности [Пашинян Г.А., 2006].

Источником доказательств виновности или невиновности врача является заключение экспертной комиссии, которая опирается на такие документальные источники, как первичная медицинская документация, результаты клинического анализа неблагоприятных исходов, результаты ведомственной проверки качества оказания МП, материалы уголовного дела [Печерей И.О., 2013; Полуев В.И., 2000]. Однако, как показывает практика, используя одни и те же источники информации, разные комиссии нередко приходят к противоположным заключениям, что указывает на необходимость определения юридически значимых критериев качества [Клевно В.А., Куликов С.Н., Копылов А.В., 2012; Ковалевский С.М., 2014; Пашинян Г.А., 2009]. Кроме того, сами источники не всегда могут дать объективное представление о проведенных медицинских вмешательствах по причине отсутствия соответствующих сведений в них из-за утери, ошибки в указании и т.п. [Ковалев А.В., Плетянова И.П., Фетисов В.А., 2014; Неволин Н.И., 2003].

Таким образом, очевидно, что, несмотря на принимаемые на законодательном уровне меры, в системе оказания экстренной травматологической помощи в условиях мегаполиса, существует целый ряд проблемных зон, причины возникновения которых и подходы к их преодолению с помощью имеющихся сегодня средств не представляется возможным выявить и разработать. Для этого необходимо проведение медикоэкспертной оценки качества оказания экстренной медицинской помощи. Аналогичная работа проведена в дерматовенерологии, стоматологии, гинекологии, хирургии [Бондаренко Н.Н., 2007; Пашинян А.Г., 2005; Полуев В.И., Тучик Е.С., Вагнер В.Д., 2000; Сергеев Ю.Д., Бисюк Ю.В., 2008]. На основании проведенных исследований были разработаны экспертные критерии качества оказания помощи пациентам указанных профилей, которые позволили выявить дефекты в ее оказании и дать им объективную оценку. Однако подобных исследований в экстренной травматологии пока не проводилось, что послужило основанием для проведения настоящего исследования.

На основании вышеизложенного, определены цели и задачи представленной работы.

### **Цель исследования**

По результатам изучения нормативно-правовой и медицинской документации по организации и оказанию медицинской помощи пострадавшим с повреждениями опорно-двигательного аппарата на догоспитальном и госпитальном уровнях выявить недостатки в лечебно-диагностическом процессе, на основе которых разработать научно-обоснованные экспертные критерии оценки качества оказания медицинской помощи (КМП) этим пострадавшим, а также систему организационных мероприятий, направленных на повышение КМП.

### **Задачи исследования**

1. Провести анализ порядка оказания скорой медицинской помощи пострадавшим с травмой ОДА.

2. Изучить и проанализировать организацию работы приемного отделения многопрофильного стационара, в составе которого имеются травматологические отделения для оказания экстренной травматологической помощи.

3. Установить степень эффективности оказания стационарной травматологической помощи и ее качество у наиболее проблематичных категорий пострадавших с травмами ОДА.

4. Провести ретроспективный анализ заключений эксперта, оформленных по результатам проведения судебно-медицинских экспертиз живых лиц. Выявить основные недостатки при оформлении медицинской документации и их влияние на подтверждение клинического диагноза у пострадавших при судебно-медицинском определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью пострадавших с повреждением ОДА.

5. Изучить медико-правовую и профессиональную грамотность врачей-травматологов, уровень их юридической осведомленности в случае возникновения конфликтной ситуации между врачом и пациентом. Оценить степень выраженности «синдрома профессионального выгорания» у врачей-травматологов, оказывающих экстренную помощь.

6. Провести социологическое исследование пациентов для выявления степени удовлетворенности ими экстренной травматологической помощью.

7. Выявить причины возникновения профессиональных ошибок в лечении пострадавших с травмами ОДА с неблагоприятным исходом на основании анализа заключений экспертов, оформленных по результатам производства комиссионных и комплексных судебно-медицинских экспертиз, проведенных по материалам уголовных, гражданских дел, материалов доследственных проверок, касающихся оценки качества оказания экстренной травматологической помощи, и определить на каких этапах лечебно-диагностического процесса они возникают.

8. Разработать научно-обоснованные экспертные критерии оценки качества медицинской помощи (КМП) пострадавшим с травмами ОДА, а также систему организационных мероприятий, направленных на повышение КМП.

### **Научная новизна**

В ходе проведенного комплексного исследования впервые дана оценка качества лечебно-диагностической помощи пострадавшим с повреждениями ОДА, на основе которой разработаны научно-обоснованные методические и практические рекомендации по оказанию медицинской помощи. Объективизированы критерии качества экстренной травматологической помощи пациентам с повреждением опорно-двигательного аппарата. Составлен перечень мероприятий по внедрению данных критериев в деятельность лечебных учреждений, оказывающих экстренную травматологическую помощь населению, реализация которых позволит снизить частоту возникновения конфликтных ситуаций, что будет способствовать созданию комфортной среды для надлежащего осуществления лечебно-диагностического процесса.

Также на основании анализа историй болезней, заключений экспертных комиссий по жалобам пациентов и судебно-медицинских экспертиз дана качественная и количественная характеристика ошибок и осложнений в лечении данной категории пострадавших.

Кроме того, по результатам социологического обследования врачей-травматологов дана объективная оценка их медико-правовому уровню осведомленности и предложены основные организационные мероприятия по ее повышению. По итогам социологического обследования пациентов по вопросам защиты прав установлена степень влияния этого фактора на частоту возникновения конфликтов при оказании экстренной травматологической помощи.

### **Практическая значимость**

Изучено влияние недостатков в оформлении медицинской документации на результаты судебно-медицинских экспертиз при определении степени



тяжести вреда здоровью пострадавших, на основании чего даны рекомендации, позволяющие улучшить качество ведения медицинской документации пострадавших с травмами ОДА. Сформулированы организационно-методологические мероприятия по повышению уровня правовой осведомленности врачей-травматологов, которые позволят снизить частоту возникновения конфликтов между врачами и пациентами и оптимизировать лечебно-диагностический процесс. В результате комплексного клинического, экспертного и медико-правового исследований выявлены причины и условия возникновения профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов при оказании экстренной травматологической помощи и предложены меры по их предупреждению, которые доступны для практического использования в ЛПУ мегаполиса, оказывающего круглосуточную специализированную помощь.

#### **Положения, выносимые на защиту:**

Установлены основные медикоэкспертные критерии качества оказания догоспитальной помощи пострадавшим с травмами ОДА, позволяющие снизить частоту ошибок и осложнений.

Организация работы приемного отделения больниц, в составе которых имеется травматологическое отделение для оказания экстренной травматологической помощи, должна быть оптимизирована с учетом шокогенности повреждений. Объем экстренной травматологической помощи в приемном отделении должен соответствовать стандартам ее оказания, включая обоснование проведения дополнительных диагностических исследований.

Эффективность оказания стационарной травматологической помощи определяется сроками проведения окончательной стабилизации повреждения с момента госпитализации пострадавшего, качеством выполненного остеосинтеза, а также объемом профилактических мероприятий для предотвращения осложнений течения травматической болезни. Выделены наиболее проблематичные категории пострадавших с травмами ОДА с точки зрения медико-экспертной оценки качества оказания экстренной

травматологической помощи и медико-правового обеспечения: с тяжелой сочетанной и множественной травмами; повреждением проксимального отдела бедренной кости; внутрисуставными повреждениями локтевого сустава; с отягощенным психиатрическим анамнезом. Для суждения об эффективности диагностики и лечения, а также надлежащем контроле качества экстренной травматологической помощи в условиях мегаполиса, необходимо наличие региональных стандартов ее оказания.

Качество оказания экстренной травматологической помощи зависит от правильности и полноты оформления медицинской документации с отражением динамики течения травматической болезни, обоснованием выполнения (или отсутствия) лечебно-диагностических мероприятий.

Для повышения медико-правовых знаний травматологов, оказывающих экстренную помощь, необходима организация учебы по правовым основам деятельности медицинских работников с интернами, клиническими ординаторами, аспирантами и врачами не только на факультетах повышения квалификации, но и в рамках проектов по непрерывному образованию врачей в виде ежеквартальных интерактивных занятий-семинаров для врачей как амбулаторного, так и стационарного звеньев.

Для сокращения количества жалоб и предотвращения конфликтных ситуаций необходимо значительно повысить информированность пострадавших и их родственников (с согласия пострадавшего) не только о планах лечебно-диагностической помощи, но и о ходе травматической болезни в зависимости от тяжести повреждения и соматических особенностей больного, включая описание возможных осложнений и побочных явлений при применении различных методов лечения.

Исходя из анализа заключений экспертов, оформленных по результатам производства комиссионных судебно-медицинских экспертиз по оценке тяжести вреда здоровью пострадавших с травмами ОДА, впервые выявлены и изучены наиболее типичные ошибки ведения медицинской документации на

всех этапах оказания экстренной травматологической помощи лицам с телесными повреждениями.

Анализ результатов комиссионных и комплексных судебно-медицинских экспертиз, проведенных по материалам уголовных, гражданских дел, касающихся оценки качества оказания экстренной травматологической помощи, позволил выявить причины возникновения профессиональных ошибок в лечении пострадавших с травмами ОДА, обуславливающие неблагоприятный исход.

Разработаны теоретические основы экспертных критериев стандарта качества оказания экстренной травматологической помощи пострадавшим с травмами ОДА, их эффективность апробирована при оценке в ходе мониторинга деятельности крупного стационара г. Москвы.

Совершенствование лечебно-диагностического процесса, снижение частоты ошибок и осложнений, профилактика конфликтных ситуаций могут быть достигнуты путем реализации комплекса мероприятий, направленных на внедрение стандартов качества в повседневную деятельность учреждения, оказывающего экстренную травматологическую помощь, с оценкой эффективности их показателей, своевременного внесения соответствующих коррективов организационно-методического характера в управлении качеством оказания экстренной травматологической помощи.

### **Внедрение результатов исследования в практику**

Результаты диссертационной работы внедрены в практическую деятельность работы экстренной травматологической службы многопрофильных стационаров города Москвы: ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова и ГКБ №64. Материалы работы включены в программу повышения квалификации врачей-травматологов на базе курса травматологии и ортопедии ФМБА России, а также используются в учебно-педагогическом процессе на кафедре травматологии, ортопедии и ВПХ ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Практические рекомендации по анализу медицинской документации

у пострадавших с травмами ОДА применяются при проведении комиссионных и комплексных судебно-медицинских экспертиз в Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗ г. Москвы.

### **Апробация работы**

Результаты диссертационного исследования представлены на I научно-практической конференции травматологов «Актуальные вопросы травматологии. Достижения. Перспективы» (Москва, 2013 г.); международной научно-образовательной конференции «Модернизация помощи больным с тяжелой сочетанной травмой» (Москва, 2013 г.); X юбилейном Всероссийском съезде травматологов-ортопедов (Москва, 2014 г.); IX и X международных научных конференциях «Сорокинские чтения» (Москва 2014, 2016 гг.); III международной научной конференции «Здоровье человека как проблема медицинских и гуманитарных наук» (Прага, 2015 г.); XII съезде хирургов России «Актуальные вопросы хирургии» (Ростов-на-Дону, 2015 г.); VI научной конференции травматологов ФМБА России (Железногорск, 2015 г.), научно-практической конференции «Медицина катастроф: обучение, наука и практика» (Москва, 2015 г.); XIV Московской ассамблеи «Здоровье столицы» (Москва, 2015 г.); IV Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи (экспертно-правовые вопросы)» (Москва, 2015 г.), Всероссийской конференции с международным участием «Современная травматология, ортопедия и хирургия катастроф» (Москва, 2015 г.).

### **Степень обоснованности и достоверности полученных результатов**

Высокая степень обоснованности и достоверности полученных результатов определяется адекватным количеством обследованных пациентов в выборке исследования, формированием групп сравнения, адекватными методами исследования, длительными сроками наблюдения пострадавших и корректными методами статистической обработки. Сформулированные в диссертации выводы, положения и рекомендации аргументированы и

логически вытекают из системного анализа результатов выполненных исследований.

### **Личный вклад автора**

Автором самостоятельно разработаны дизайн и программа исследования, диссертант принимал участие в обследовании и лечении, а также ретроспективном анализе результатов лечения пострадавших с повреждениями опорно-двигательного аппарата, включенных в исследование. Автором выполнен анализ ошибок лечения, частоты и видов осложнений у пострадавших с травмами ОДА, проведено обоснование и разработаны алгоритмы диагностики, выполнен статистический анализ и описание результатов основных клинических и инструментальных исследований, сформулированы выводы, практические рекомендации и основные положения, выносимые на защиту.

### **Публикации**

По теме диссертации опубликовано 38 научных работ, из них - 20 статей в журналах из списка изданий, рекомендованных ВАК РФ для публикации материалов диссертационных исследований.

### **Соответствие диссертации паспорту научных специальностей**

В соответствии с формулой специальности 14.01.15 – травматология и ортопедия (область науки, занимающаяся методами диагностики, лечения и профилактики повреждений, их последствий, врожденных и приобретенных заболеваний опорно-двигательной системы (позвоночника, грудной клетки и конечностей)) в диссертационном исследовании разработаны алгоритмы диагностики, лечения больных с повреждениями опорно-двигательного аппарата. В соответствии с формулой специальности 14.03.05 – судебная медицина (специальность, занимающаяся изучением и решением медико-биологических вопросов, которые возникают в процессе расследования или судебного разбирательства уголовных или гражданских дел) в диссертационном исследовании определены медикоэкспертные критерии

качества оказания экстренной травматологической помощи при проведении комиссионных СМЭ; разработан алгоритм описания телесных повреждений, входящих в так называемую группу «ушиб мягких тканей».

### **Структура и объем диссертации**

Работа изложена на 335 страницах машинописного текста. Состоит из введения, 7 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. Содержит 62 рисунка и 28 таблиц. Список литературы включает 356 источника, из них - 111 зарубежных.

### **Основное содержание работы**

**Материалы и методы исследования.** Работа основана на проведении анализа медицинской документации скорой медицинской помощи и многопрофильного стационара за период 2012-2014 гг.: 340 СЛ СМП (форма №114/у), 490 МКСБ (форма №033/у), 50 протоколов заседаний клинико-экспертных комиссий по анализу летальных исходов, отчетов заведующих травматологическими отделениями, отчетных форм №14 для ЛПУ «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих помощь в стационарных условиях». Проанализировано 38 комиссионных СМЭ, проведенных по материалам уголовных и гражданских дел, материалов проверок качества оказания экстренной травматологической помощи; 250 заключений СМЭ, выполненных с сентября 2011 года по декабрь 2014 года с привлечением врача-травматолога для установления степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. Проведен анализ состояния нормативно-правового обеспечения при оказании экстренной медицинской помощи. Оценка качества оказания экстренной травматологической помощи пострадавшим с травмами ОДА проведена на следующих её этапах: СМП, приемного и специализированного отделения многопрофильного стационара (включая реанимационное отделение). Для выявления проблем организации и оптимизации оказания экстренной травматологической помощи пострадавшим с травмами ОДА было выполнено масштабное аналитико-экспериментальное

пилотажное социологическое исследование как наиболее распространенный метод получения первичной информации. Объектом исследования явились: 100 врачей-травматологов в возрасте от 24 до 62 лет, различных квалификационных категорий, осуществляющие экстренную круглосуточную травматологическую помощь; 100 пациентов травматологических отделений различных возрастных групп и социального статуса; 94 так называемых «потенциальных пациента» - это респонденты в возрасте от 17 до 25 лет, которые относятся к категории травмоопасного возраста (смертность в результате травм среди данной возрастной группы стоит на I месте), поколение, живущее в новых социально-экономических условиях (т.е. не заставших «советскую модель» здравоохранения); 96 студентов-медиков старших курсов (IV, V, VI курсов). Применен метод опроса в виде очного анонимного индивидуального анкетирования сплошным методом. Для каждой категории опрашиваемых были разработаны анкеты, с готовыми вариантами ответов и с возможностью указания собственного варианта ответа (в некоторых случаях). Вопросы были разделены на проблемные блоки, которые также были определены для каждой группы респондентов. Была разработана блок-схема медико-экспертного анализа медицинской документации, которая включала несколько аналитических этапов исследования, каждый из которых рассматривался по объективным критериям. Первый этап включал информационно-аналитическую обработку, т.е. оценку правильности ведения и оформления медицинской документации. Использовались следующие критерии: хорошее качество ведения, удовлетворительное, неудовлетворительное. Следующим этапом оценивалось выполнение лечебно-диагностических мероприятий и их соответствие стандартам оказания медицинской помощи. Оценивались такие параметры, как правильность, своевременность, обоснованность, достаточность, адекватность. Третий и четвертый этап – это выявление недостатков в оказании МП, связанные с организацией, диагностикой и лечением потерпевших, и их влияние на качество МП.

## **Медико-тактическая характеристика деятельности СМП пострадавших с травмами ОДА**

Информационно-аналитический этап анализа работы СМП показал, что медицинская документация СМП велась ненадлежащим образом в 46,2% случаев: в 28,5% СЛ было выявлено по 2 и более ошибок при их заполнении; у каждого шестого потерпевшего клинический диагноз при травмах ОДА носил предположительный характер; в 6,2% случаев допускалась некорректность его формулирования. Имевшиеся недостатки заполнения СЛ обусловлены субъективными причинами: ненадлежащим отношением к ведению медицинской документации; недостаточными познаниями в области травматологии и ортопедии. Стандартами качества СМП у пострадавших травматологического профиля предусмотрено: проведение обезболивания; иммобилизации повреждения; инфузионная терапия при травме, сопровождавшейся клинической картиной шока; контроль показателей гемодинамики. Несоблюдение стандартов лечения отмечено в 21,2% случаев. Иммобилизация конечностей при костной травме не выполнена у 19,1% пострадавших, которым она была необходима. Обезболивание проводилось 69,8% пострадавшим (хотя в нём нуждалось на 7,4% больше от выполненного числа). Наличие ран на различных областях тела было установлено у 19,7% пациентов, из них у 25,4% повязки отсутствовали. Контроль АД и пульса у пострадавших старше 60 лет проведен у 37,0% от общего числа больных и у 97,0% от числа пострадавших старше 60 лет; контроль АД не был проведен в 4,7% случаев. Инфузионная терапия была проведена в 11,4% случаев (в то время как по тяжести состояния в ней нуждались 16,8%). Причины отказа в проведении инфузионной терапии (41,2%) были объективные: отказ от внутривенных вливаний со стороны пациента, технические трудности постановки внутривенного катетера; и субъективные (58,8%): недооценка состояния пациента, неправильная техника выполнения катетеризации периферической вены (установка внутривенного катетера типа «бабочки» под



кожу) выявлена в 3,2% от общего числа пострадавших и 28,2% от числа установленных катетеров). Полное совпадение диагнозов СМП и стационара установлено в 71,2% случаях. В 4,7 % выявлены расхождения, которые не повлияли на тактику ведения пострадавшего. Серьезные упущения диагностики установлены у значительного числа пострадавших (27,4%) с травмами ОДА, которые были связаны с недостаточными знаниями клинической симптоматики переломов, недооценкой тяжести состояния пострадавших. Доставка в стационар заняла не более часа с момента получения травмы лишь у 12,4% пострадавших. В 18,2% было нерациональное использование СМП, в 14,1% случаях помощь могла быть оказана в РТП. Анализ материала выявил случаи (3,2%) необоснованной доставки пациентов в стационар из общественных мест, со следами травмы в виде осаднения кожи в состоянии алкогольного опьянения без имеющихся показаний для госпитализации. Из РТП и поликлиник доставлено 15,3% от общего количества исследуемых больных, у 63,5% из них диагноз был установлен некорректно, т.е. они не нуждались в экстренной госпитализации в стационар. Медицинская помощь им могла бы быть оказана амбулаторно. Частота упущений оказания СМП пострадавшим с травмами ОДА представлена на диаграмме (рисунок 1).

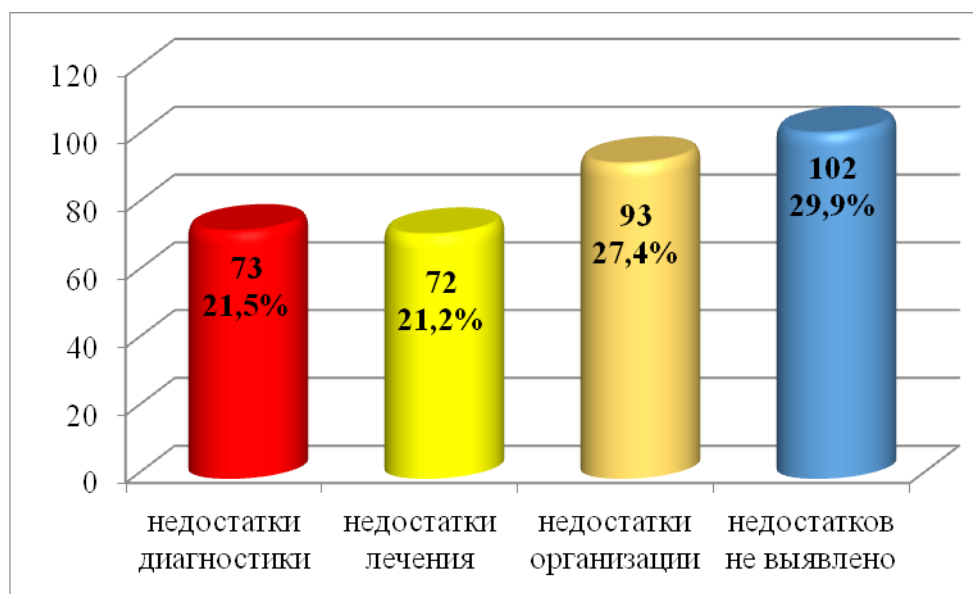


Рисунок 1. Выявленные недостатки при оказании СМП пострадавшим с травмами ОДА

## **Анализ качества оказания квалифицированной экстренной МП пострадавшим с повреждениями ОДА на уровне приемного отделения многопрофильного стационара**

Информационно-аналитический этап изучения медицинской документации, проведенный на уровне приемного отделения, выявил следующие упущения: в 37,3% случаях – отсутствие описания характера телесных повреждений; в 13,7% – разночтения в их описании; в 7,3% случаях – нет сведений о наличии соматической патологии у лиц пожилого и старческого возраста; в 3,5% случаях – нет подписей пациентов в информационном листе согласия на проведение медицинских манипуляций; 13,7% – недостаточно обоснованное назначение рентгенограмм органов грудной клетки и таза; 3,8% – отсутствие назначения АС, ПСС при наличии ран. Основным показателем работы приемного отделения при оказании экстренной помощи пострадавшим с травмами ОДА, который, согласно приказу № 422 с 07.07.2015 г. включен в перечень оценки критериев оказания МП, является время пребывания пострадавшего в приемном отделении. Другие показатели - это объем и обоснованность проведенных методов диагностики, необходимость госпитализации. Так, результаты исследования показали, что время пребывания пострадавших с травмами ОДА на территории приемного отделения варьируется в значительных пределах от 30 мин до 6 часов. Среднее время пребывания в приемном отделении составило в среднем 3 часа 36 минут. Время между оформлением медицинской документации в среднем – 25 минут до начала приема врача травматолога в 87,4% случаев, т.е. в этот промежуток времени пациент оставался без надлежащей врачебной помощи. Согласно исследованию задержка пострадавшего в приемном отделении была выявлена в 44,1% наблюдений. При ретроспективном анализе медицинской документации у 32 доставленных после ДТП пострадавших (74,4%) отсутствовала клиническая симптоматика, при которой показано выполнение большинства методов обследования, в то время как им проводилось их значительное число.

Так, лишь в 25,6% была описана клиническая симптоматика для назначения и выполнения УЗИ исследования, в 16,3% МКСБ были указаны клинические признаки нетяжелой ЧМТ, в 25,6% – наличие жалоб на боли в области грудной клетки, в 32,6% – на боли в области таза и тазобедренных суставов. Не следует отрицать, что принятый в клинике алгоритм обследования пострадавших после ДТП является совершенно обоснованным, однако зачастую имеет место так называемый «бесконтактный» осмотр пациента, когда врач лишь узнав обстоятельства травмы – ДТП – назначает весь комплекс обследований, без достаточного обоснования его клиническими данными. Обращает внимание, что в ряде случаев (7%) все вышеперечисленные обследования назначались медицинской сестрой, которая после получения результатов исследования осуществляла вызов врача для осмотра больного и определении тактики лечения. Несомненно, формальный подход к назначению методов исследования, ориентированный лишь на механизм травмы является порочной практикой и обуславливает значительные перегрузки медицинского оборудования, среднего и младшего медицинского персонала и, соответственно, увеличивает стоимость лечения. Таким образом, приведенные сведения работы приемного отделения многопрофильного стационара по оказанию экстренной травматологической помощи пострадавшим с травмами ОДА свидетельствуют, что оно работает в режиме значительных перегрузок, что оказывает негативное влияние на качество оказываемых медицинских услуг. Ретроспективный анализ медицинской документации показал, что ошибочная диагностика травм ОДА выявлена у 11,2% пострадавших, госпитализированных в стационар, у 5,5% - отпущенных на амбулаторное лечение. В 7,9% случаях клиническая картина наличия костных повреждений носила декларированный характер, без приведения соответствующей клинической симптоматики. Анализ МКСБ показал, что причинами ошибочной диагностики стали: недостаточно собранный анамнез; неполное обследование пострадавшего; отказ пациента от предлагаемых инструментально-

диагностических исследований. Обобщение данных об основных причинах диагностических ошибок у больных с травмами ОДА на этапе приемного отделения больницы свидетельствует, что ошибочная диагностика допущена по объективным причинам в 17,2% случаях. Объективные причины: тяжелое состояние пациента, наличие травматического шока, алкогольное опьянение или психический статус пострадавшего, значительно затрудняют диагностический поиск. Субъективными причинами ошибочной диагностики, отмеченными в остальных 82,8% случаев, были: недостаточное клиническое обследование, сбор анамнеза, неполная характеристика жалоб, недостаточное объективное исследование. Необоснованная госпитализация была выявлена в 13,3%. Большая часть - это пострадавшие, находившиеся в состоянии алкогольного опьянения, либо одинокие пожилые люди или лица без определенного места жительства.

Каждое ЛПУ самостоятельно организует работу помощи пострадавшим с травмами и повреждениями ОДА, исходя из внутреннего резерва, побуждений и имеющегося практического опыта. Такой подход к организации работы экстренной травматологической службы на базе многопрофильного стационара является недостаточным, поскольку не учитывается ряд факторов оказания неотложной помощи пострадавшим, в частности, лицам в состоянии травматического шока.

По результатам изучения частоты и структуры травм ОДА, послуживших поводом для госпитализации, анализа качества их экстренной диагностики, особенностей клинического течения травм ОДА, вызвавших наибольшие трудности в диагностировании, установления зависимости качества диагностики от пола, возраста, психического состояния пациентов, нами проведена разработка алгоритмов диагностического поиска и протоколов лечения пострадавших с изолированной (рисунок 2), сочетанной и множественной (рисунок 3) травмой ОДА в условиях приемного отделения.

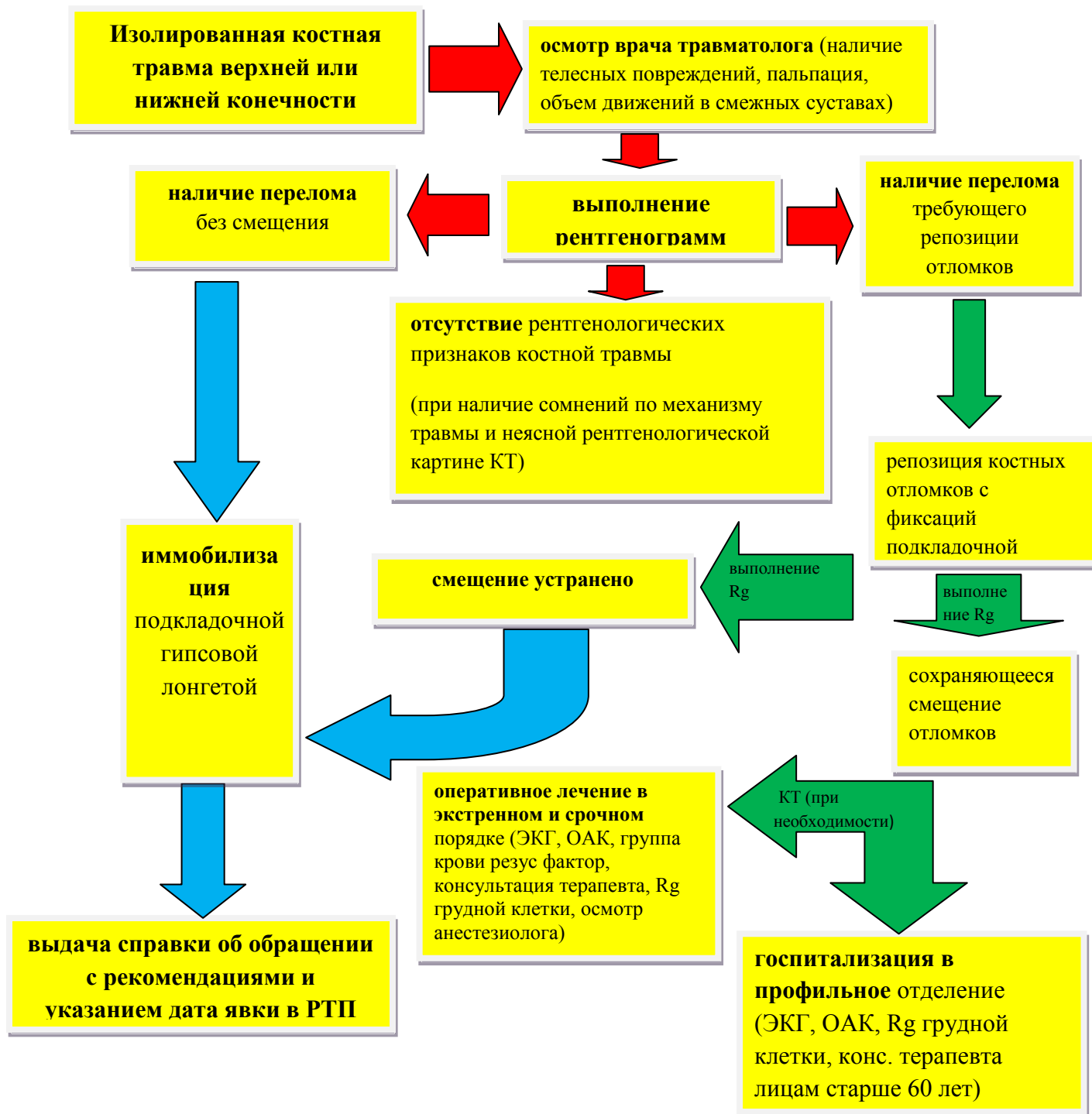


Рисунок 2. Диагностический алгоритм при изолированной травме верхней и нижней конечности на уровне приемного отделения

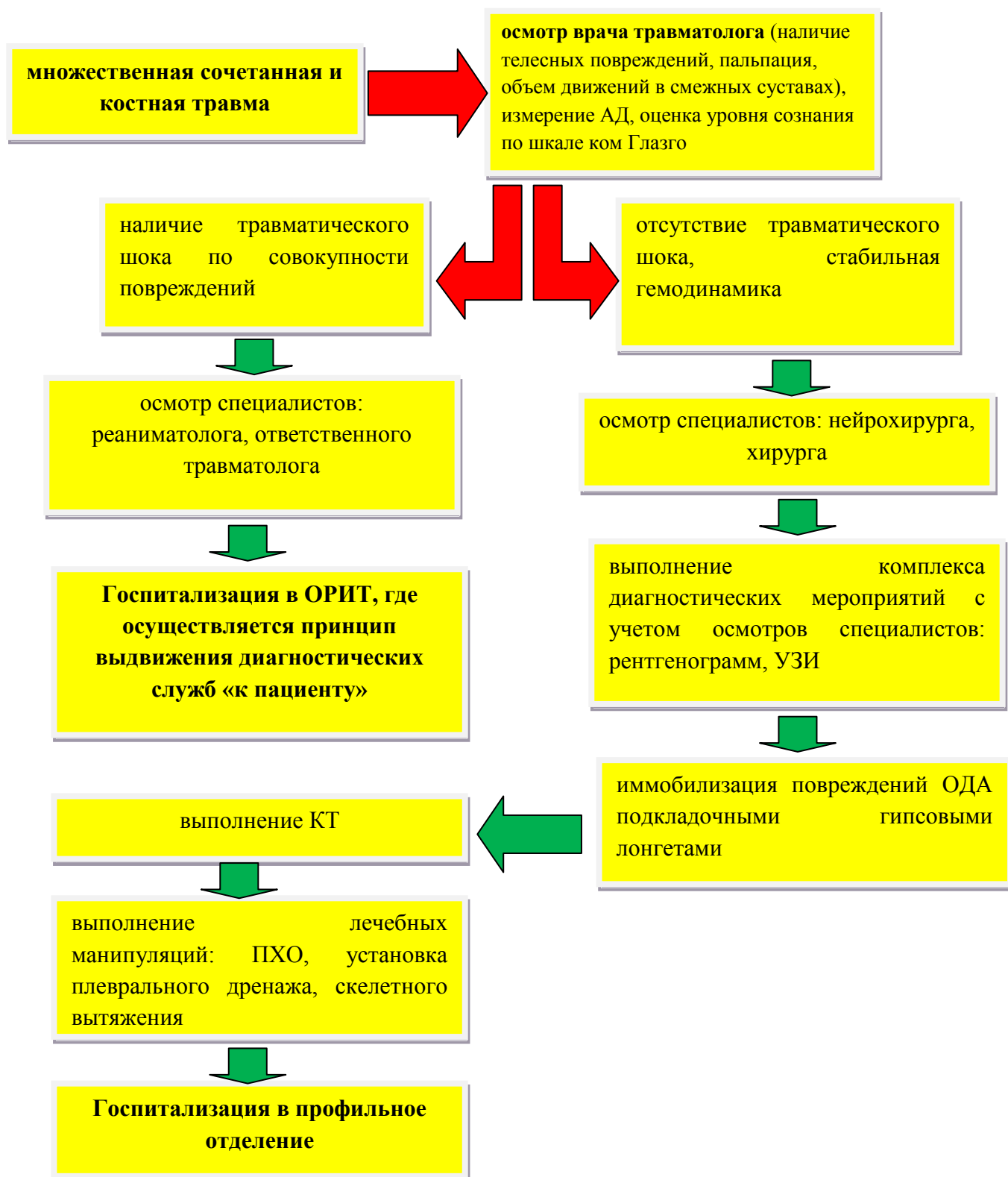


Рисунок 3. Диагностический алгоритм у пострадавших с травмами ОДА в состоянии травматического шока, с множественной и сочетанной травмой на уровне приемного отделения

## **Характеристика качества оказания травматологической помощи в стационаре**

При анализе работы стационарной помощи у пострадавших с травмами ОДА использовались следующие медико-экспертные критерии: длительность пребывания в стационаре, согласно Московским городским стандартам стационарного лечения взрослого населения, сроки и качество выполнения остеосинтеза с момента поступления пострадавшего в стационар. Анализ МКСБ у пострадавших с травмами ОДА показал, что при ряде повреждений, что составило 16,7% случаев, шифр по коду МКБ-10 которых следующий: T02.5; S92.00; S53.1; S43.0; S42.8; S32.7, сроки пребывания пациента в стационаре превышали в 2 – 3 раза показатели Московских городских стандартов стационарного лечения. Выявлены основные причины длительности пребывания пациентов на этапе стационарной помощи: дефекты работы амбулаторно-поликлинического звена, а также дефекты в организационной работе стационара. В тактике лечения повреждений ОДА у 68% пострадавших использовались оперативные методы, в то время как в выполнении первичного остеосинтеза нуждалось 92,0% пострадавших, т.е. 18,0% пострадавшим оперативная тактика лечения была заменена на консервативную.

Результаты исследования свидетельствуют, что каждому пятому пострадавшему 20,5% по экстренным показаниям был выполнен остеосинтез. В срочном порядке 18,6% пациентам была проведена операция, где выполнен первичный остеосинтез. Отсроченное оперативное лечение выполнено 26,6% с применением накостного и интрамедуллярного остеосинтеза. В плановом порядке было прооперировано 40,2% пациентов, что составило наибольший процент от всех оперированных больных. Определены основные причины несвоевременного выполнения первичного остеосинтеза: отсутствие (или недостаточное количество) металлофиксаторов, что не позволило в 21,3% случаев выполнить первичный остеосинтез. Данная проблема – одна из наиболее актуальных в лечении пациентов с травмами ОДА, что связано с

недостатками финансирования ЛПУ, несовершенством в организации помощи пострадавших с травмами ОДА по системе ОМС; тяжесть перелома: ввиду того, что время операции занимает более 3 часов, выполнить оперативное лечения в экстренном порядке силами бригады травматологов по оказанию круглосуточной помощи технически трудно. Это относится к повреждениям в области мышечков плечевой кости, мышечков голени; наличие соматической патологии у пациента, которая требует дополнительных методов исследования, выполнение некоторых из них технически затруднено в экстренном порядке; наличие нарастающего отека конечности с развитием трофических нарушений в виде эпидермальных пузырей (фликтен) – 10% пострадавших; развитие тромбоза глубоких вен нижних конечностей, что потребовало коррекции лечения и отсрочки в выполнении операции, который был диагностирован у 12,6% пострадавших (причем флотирующий характер тромбоза выявлен у 26,3% из них).

Объективные причины отказа от оперативного лечения были обусловлены: отсутствием показаний после успешной повторной репозиции костных отломков; развитием тяжелых гипостатических осложнений в ранние сроки после госпитализации пациента в стационар; высоким риском оперативного вмешательства, когда предполагается неблагоприятный исход. К объективным причинам отказа от хирургического вмешательства, не связанных с деятельностью стационара, являлись отказ потерпевшего от операции по личным мотивам, отсутствие финансовых возможностей (житель другого государства, отсутствие страхового полиса). К недостаткам деятельности стационара организационного характера, приводящим к необоснованному отказу от выполнения остеосинтеза отнесены: неадекватная предоперационная подготовка по профилактике гипостатических осложнений у пациентов старческого возраста, ненадлежащий контроль медицинского персонала за состоянием кожных покровов (например, при сдавлении гипсовой повязкой области перелома), недостаточная антикоагулянтная профилактика, что



привело к развитию тромбоза. От общего количества наблюдений причины отказа от оперативного лечения выявлены у 9,3% пролеченных пациентов.

В качестве маркеров унифицированного подхода к анализу качества госпитальной помощи с точки зрения медикоэкспертной оценки и медико-правового обеспечения оказания качественной экстренной МП определены наиболее проблематичные группы больных.

К первой группе были отнесены пострадавшие с сочетанной и множественной травмой. В большинстве ведущих клиник РФ, применяются различные шкалы оценки тяжести травм, отсутствует единая система подходов в лечении, результатом чего является значительное число ошибок в лечении этой группа пострадавших. Ошибки в лечение пострадавших с тяжелой сочетанной и множественной травмой разделены на диагностические (38,5%), тактические (21,4%), организационные (15,7%). В ходе исследования подтверждено, что наиболее эффективной является разработанная отечественными учеными Блаженко А.Н., Дубровым В.Э. [2012] шкала «ШОСС» (шкала относительной стабилизации состояния), в которой учтены принципы «damage control».

Вторую группу составили пострадавшие пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости. Объективный анализ значительного количества клинического материала указывает на рациональность использования активной хирургической тактики в лечении данного контингента больных. Однако ее применение связано с повышенными правовыми рисками для оперирующего врача, так как даже прогнозируемые вредные эффекты медицинского вмешательства в состояние здоровья пациента входящие в договорные условия предоставления профессиональной услуги, относительно которых пациент должен быть информирован, не освобождают медицинского работника от уголовной и гражданской ответственности. Проведенный нами анализ клинического материала показал, что имеются значительные упущения в тактике ведения и предоперационной подготовки

указанной категории пострадавших, существующие стандарты оказания помощи данной категории больных не отвечают всем современным требованиям и нуждаются в корректировке. При выполнении оперативного метода лечения в 9,3% случаях допущены ошибки: технические и тактические, в том числе, неправильный подбор металлофиксатора, использование коротких винтов (3,7%). Из анализа клинических данных и медицинскую документацию выявлено, что большая часть оперированных по «срочным» показаниям больных (51,2%), была выписана из стационара в удовлетворительном состоянии, средние сроки госпитализации составили 14,2 койко-дней. Сроки госпитализации пациентов, которым было выполнено оперативное лечение в плановом порядке (т.е. более чем через 7 суток с момента поступления в стационар) составили 22,8 койко-дней. Для правового обеспечения обоснования необходимости выполнения операции по «экстренным показаниям», нами проведена разработка детализированных рекомендаций, определяющих комплекс предоперационной подготовки и утверждение показаний и противопоказаний к выполнению оперативного пособия у лиц пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (рисунок 4).

К третьей группе были отнесены пострадавшие с отягощенной психиатрической патологией. Травмы у пациентов с психиатрической патологией - сложная проблема как для диагностики, так и для лечения. Значительная часть пострадавших (35%) является недееспособными гражданами, и выполнение им оперативных вмешательств возможно лишь с разрешения самого пострадавшего, опекунов или консилиума врачей с получением данных из суда о недееспособности таких пациентов (ст. 11 ФЗ №3185-1), что удлиняет сроки предоперационного периода.

Диагностические ошибки были допущены в 10,0% случаях. Наложение гипсовых лонгет применили у 46,6% пациентам. Анализ материала показал, что этот метод иммобилизации переломов у данной категории пострадавших

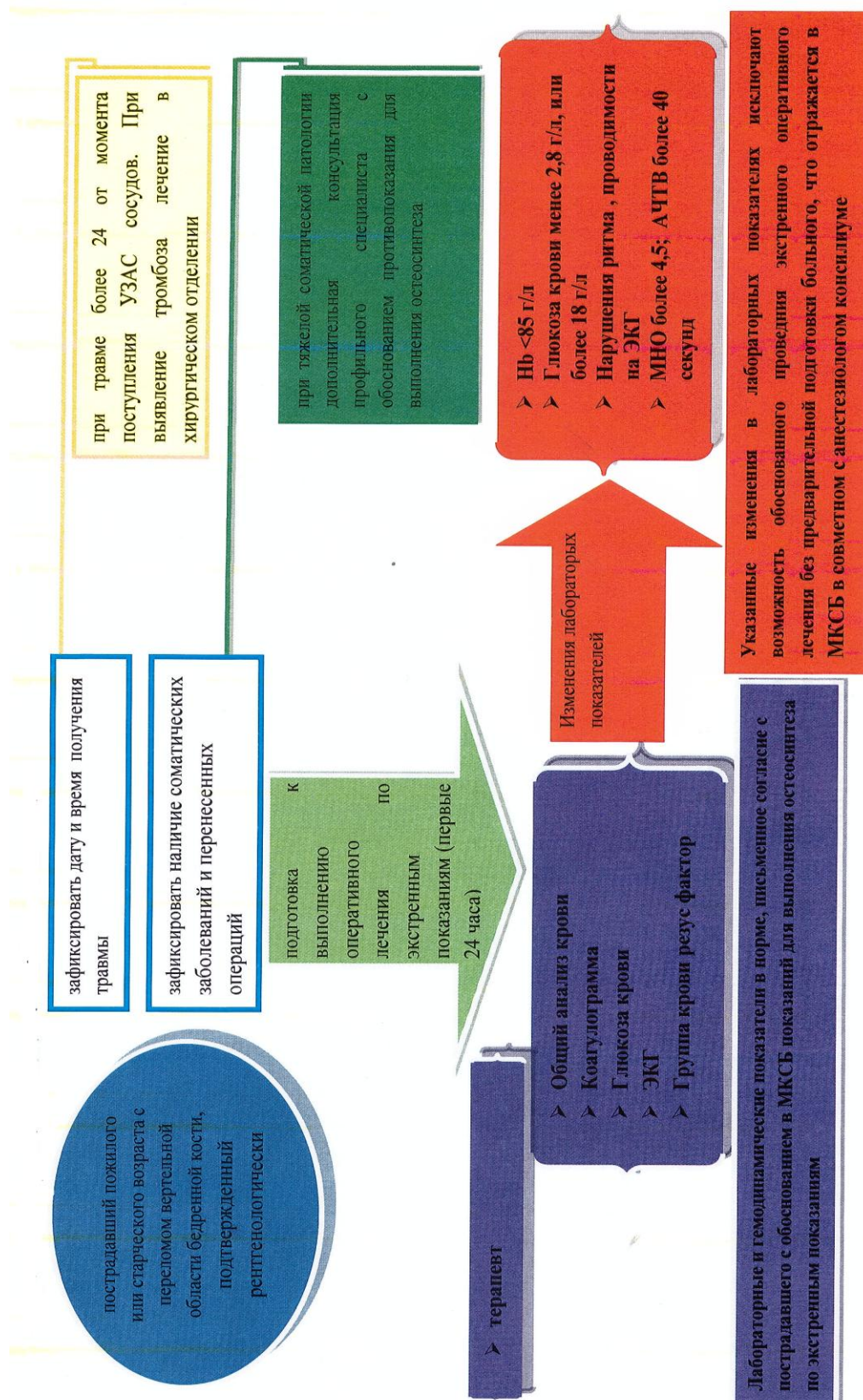


Рисунок 4. Алгоритм оказания экстренной травматологической помощи пострадавшим пожилого и старческого возраста с переломом проксимального отдела бедренной кости

оказывается несостоятельным, поскольку они самостоятельно снимали повязки (26,7% наблюдений), и даже при ежедневной повторной фиксации не удавалось достичь хорошего результата; наложение гипсовых лонгет приводило к грубым трофическим нарушениями (23,3%).

Анализ результатов лечения пациентов с повреждением опорно-двигательного аппарата и сопутствующей психиатрической патологией свидетельствует, что применение раннего остеосинтеза у этой группы больных позволяет снизить риск развития гипостатических осложнений и улучшить качество их жизни и способность к самообслуживанию.

Четвертую группу составили пострадавшие с травмами в области локтевого сустава. Выделение в качестве маркера унифицированного подхода пострадавших с травмами в области локтевого сустава обусловлено с медико-правовыми вопросами оценки тяжести причиненного вреда с точки зрения судебно-медицинской экспертизы. Результаты исследования показывают, что даже при выполнении оперативного лечения число осложнений и дефектов оперативного лечения значительны и составляют 24,3%. Количество осложнений в результате перелома-вывихов в локтевом суставе довольно велико и по данным нашего исследования составляет 13,3%. Наиболее тяжелыми являются хроническая нестабильность - 3,3%, гетеротопическая оссификация - 14,3%, развитие раннего посттравматического артроза – 16,7%, невропатия локтевого нерва – 3,7%, контрактуры различной степени - 62%. Нормативно-правовым документом, регламентирующим в настоящее время профессиональную судебно-медицинскую деятельность в Российской Федерации, является приказ Минздравсоцразвития России №194 от 24.04.08. Пункты 6.11.2. и 6.11.3 настоящего документа требуют уточнения понятия «перелом костей, составляющих локтевой сустав», необходимо также учитывать наличие или отсутствие смещения отломков при переломах костей, составляющих локтевой сустав. В перечислении переломовывихов нет необходимости указывать их наименование (Галеацци и Монтеджи), так как

другие тяжелые переломовывихи (Мальгенья, Брехта, Эссекс-Лопрести) приводят также к тяжелым последствиям, как и указанные повреждения. Существует и так называемая «ужасная» триада локтевого сустава (вывих или подвывих костей предплечья кзади с переломом венечного отростка и головки лучевой кости), результаты лечения которой неудовлетворительные из-за рецидивирующей нестабильности и развития раннего посттравматического артроза. В критериях необходимо учесть квалификацию вреда здоровью при переломах в области мыщелков плечевой кости при внутрисуставном характере повреждения, которые также относятся к наиболее тяжелым по функциональному результату восстановления локтевого сустава. Однако вред здоровью (ВЗ) при переломах головки плеча или анатомической и хирургической шейки, которые в функциональном плане являются более благоприятной травмой, относят к тяжкому (пункт 6.11.1 приказа №194).

#### **Медико-экспертная характеристика качества ведения медицинской документации в проведении СМЭ пострадавшим с травмами ОДА**

Как показывает практика, в большинстве случаев судебно-медицинские экспертизы потерпевшим с травмами мягких тканей, внутренних органов и костей скелета проводятся по медицинским документам медицинских организаций, когда потерпевшим были проведены различные лечебные мероприятия, изменяющие первичный вид и характер повреждений. В этой связи правильность ведения медицинской карты как юридического документа имеет важное значение для судебно-медицинской экспертизы при решении вопросов наличия и характера повреждений, механизма, давности и условий их образования, течения травматического процесса с момента обращения пострадавшего за медицинской помощью до выписки из стационара.

При этом вред здоровью в зависимости от степени тяжести распределился так: легкий – 18,8% случаев, средний – 9,2% случаев, тяжкий – 1,6% случаев, без вреда – 64,8% случаев, не подлежало экспертной оценке – 5,6% случаев. Анализ медицинской документации, включая медицинские карты

стационарного больного, амбулаторные карты, данные рентгенологических методов исследования и др. показал следующие упущения: отсутствие в описании локального статуса при выставленном диагнозе какого-либо травматического повреждения, указания на телесные повреждения (ссадин, кровоподтеков, гематом, ран), что было отмечено в 59,2% случаях. Практический опыт свидетельствует, что при травме в первый час после ее получения на кожных покровах не всегда имеются следы кровоподтеков, диагноз гематомы трудно установить. Однако, когда телесные повреждения не описываются на 2 и 3 сутки с момента получения травмы, то в данном случае можно говорить либо о неверно сформулированном диагнозе, либо о не травматическом характере болевых ощущений. Некорректное описание телесных повреждений установлено в 20,4%. Разногласие в описании кровоподтека и гематомы в 39,6% случаях, т.е. у врача-травматолога отсутствует четкость представления между кровоподтеком (под которым подразумевается кровоизлияние, пропитывающее подкожную клетчатку) и гематомой (полость, содержащая жидкую или свернувшуюся кровь). Результаты анализа свидетельствуют, что такие записи можно встретить как при описании телесных повреждений врачами-травматологами с небольшим опытом работы, так и в описании локального статуса уже опытными врачами (более чем с 5 летним стажем деятельности по специальности травматология-ортопедия). В 34% случаях выявлено, что травматологами употребляется обобщенный термин «ушиб мягких тканей», который вообще не содержит суть (морфологию) конкретного вида повреждения, поэтому не подлежит судебно-медицинской оценке. Ошибочная диагностика ряда повреждений, когда в случаях ссадины выставляется диагноз раны, что было отмечено в 6,0% случаях. Наличие разночтений в диагнозе разных медицинских организаций, отмечено в 6,8% случаях. В каждом втором случае из-за отсутствия описания групповых и индивидуальных свойств ран невозможно судить о ее характере – колотая, резаная, колото-резаная, рубленая, пиленая, ушибленная (6,0%); в 3%

случаях при описании ран разными специалистами в пределах одного медицинского учреждения была указана разная ее локализация. Таким образом, анализ материалов комиссионных СМЭ показал, что большинство травматологов не придерживаются какого-либо алгоритма при описании телесных повреждений.

На основании изложенного для повышения качества ведения медицинской документации предложен алгоритм описания телесных повреждений, входящих в так называемую группу «ушибы мягких тканей» (таблица 1).

Ретроспективный анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам врачей-травматологов показал, что их нарушения при оказании МП можно систематизировать по следующим категориям: тактико-диагностические (28,9%), лечебные, информационно-деонтологические (31,5%), организационные, комплексные. По результатам наших исследований неблагоприятный исход при оказании травматологической помощи в 15,7% был обусловлен объективными причинами (соответственно в равном числе случаев): характером травмы и тяжестью травмы, кратковременностью пребывания пациента отделении; наличием сопутствующего соматического заболевания либо психическим состоянием пациента.

### **Социологический опрос как основа для изучения улучшения качества организации травматологической службы**

Изучение причин конфликтности между врачом и пациентом при оказании экстренной травматологической помощи показал, что у 98% врачей были конфликтные ситуации с пациентами. Однако лишь 7% отметили, что конфликтные ситуации у них возникают часто. По мнению врачей, большая часть конфликтов происходит во время дежурства, т.е. во время оказания экстренной травматологической помощи, утвердительно на этот вопрос ответило большее число респондентов (63%), общение с родственниками

Таблица 1. Клинико-морфологический алгоритм описания телесных повреждений

| наименование телесного повреждения | морфологические параметры, которые необходимо указывать  | характеристика морфологического параметра, которую необходимо указать в описании локального статуса повреждения                                     |
|------------------------------------|--|---|
| кровоподтек                        | количество   | единичные   |
|                                    |  | множественные   |
|                                    | размер   | указывается в сантиметрах, при множественных кровоподтеках от ...см, до ...см   |
|                                    | локализация  | в соответствии с анатомическими областями тела  |
|                                    | форма  | округлая, овальная, неправильная  |
|                                    | границы  | четкие  |
|                                    |  | нечеткие  |
|                                    | цвет   | сине-багровый   |
| зеленоватый                        |  |   |
| буровато-зеленый                   |  |   |
| желтовато-коричневый               |  |   |
| ссадина                            | количество   | единичные   |
|                                    |  | множественные   |
|                                    | размеры  | указываются в сантиметрах, при множественных от ...см, до ...см   |
|                                    | локализация  | в соответствии с анатомическими областями тела  |
|                                    | форма  | округлая, овальная, неправильная  |
|                                    | состояние дна  | красное с выступающими каплями крови  |
|                                    |  | подсохшее   |
|                                    |  | сухое   |
|                                    |  | плотное, бурое  |
|                                    |  | под плотной корочкой  |
| отслаивающаяся корочка             |  |   |
| выстояние дна над кожей            | выстоит  |   |
|                                    | не выстоит   |   |
| раны                               | локализация  | в соответствии с анатомическими областями тела  |
|                                    | расположение относительно оси туловища   | поперечно, продольно, под углом   |
|                                    | форма  | прямолинейная, дугообразная, г-образная, щелевидная, звездчатая, др.  |
|                                    | размеры  | длина – в сантиметрах   |
|                                    |  | степень зияния  |
|                                    |  | наличие «минус ткани» с указанием дефекта в сантиметрах   |
|                                    | состояние краев  | ровные, относительно ровные, острые, тупые, мелкозубчатые, разможенные, вывернутые, осадненные на ширину до ...см, наличие пояса осаднения.         |
|                                    | состояние концов   | острые, тупые, латеральный острый медиальный тупой (или верхний и нижний) и наоборот, т-образные  |
|                                    | состояние стенок   | отвесные, не отвесные   |
|                                    | дно раны   | поврежденная или неповрежденная подкожно-жировая клетчатка, фасция мышцы или мышечная ткань (с названием мышцы), кость (анатомическое наименование) |
| ход раневого канала                | направление, глубина, ширина, наличие, характер, размер инородных тел и их расположение по ходу канала |   |



больного как причину возникновения конфликтной ситуации отметило 30% респондентов, 7% расценивают, что чаще конфликты происходят при ухудшении состояния пациента.

Как отмечает 70% врачей, в последнее время во время конфликтных ситуаций пациенты угрожают медику «юридической расправой». При возникновении сложной конфликтной ситуации с пациентом поведение врачей, направленное на его избежание, следующее: 46% респондентов докладывают о случившемся вышестоящему руководству (заведующему отделению или заместителю главного врача по профилю), стараются уладить конфликт самостоятельно – 30%; никому не докладывают, не общаются с пациентом, а лишь тщательно проверяют медицинскую документацию 24% опрошенных. Следует обратить внимание на тот факт, что 67% врачей считают правильно заполненную медицинскую документацию основной защитой врача в конфликте с пациентом. Лишь 7% не согласны с данным заключением, а 26% сомневаются в ее роли как основной защиты врача в конфликте. Как показал социологический опрос, правовая осведомленность врачей остается на низком уровне. Об этом свидетельствуют следующие полученные нами данные: 50% врачей не знакомы со статьями УК РФ, по которым могут быть привлечены медицинские работники; 47% ответили, что знакомы с данными статьями поверхностно; лишь 3% респондентов ответили утвердительно. Меньше половины врачей (43%) высказалось утвердительно на вопрос «Знакомы ли Вы с ФЗ РФ №323 от 2011 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»?». Соответственно, с правами пациентов знакомо также менее половины респондентов (47%). Лишь 20% врачей указали, что у них были лекции и конференции о правовой информированности врачей. Основная часть (98%) - это врачи с небольшим стажем работы, которые закончили ординатуру в ближайшие 5 лет. Все респонденты утвердительно ответили на вопрос о необходимости проведения правовой информированности врачей. Анкетирование показало, что большинство травматологов по оказанию

экстренной травматологической помощи считает стандарты лечения адекватными и соответствующими современному этапу развития травматологии, ортопедии. 30,0% высказались отрицательно по поводу существующих стандартов, а 17% считают, что они требуют серьезной доработки. Большая же часть опрошенных (46%) вообще затруднилась оценить имеющиеся стандарты. При описании телесных повреждений 33% травматологов указывают признаки, которые позволяют судить о давности характера повреждения, 36% иногда указывают один из признаков, 31% указывают лишь локализацию и размер повреждения. По данным анкетирования 70% врачей-травматологов по оказанию экстренной медицинской помощи подвержены синдрому «профессионального выгорания», а у 10% он уже имеется. Так, согласно данным анкетирования негативную реакцию у врача пациенты вызывают вне зависимости от их конфликтности в следующих случаях: в 40% - когда большой «поток» пациентов, в 20% - во время суточного дежурства, а у 10% данное явление отмечается последнее время вне зависимости от нагрузок. Треть респондентов указала, что никогда не испытывают негативную реакцию к пациентам. Причиной развития данного синдрома является и материальная составляющая, т.е. соответствие заработной платы и трудовой нагрузки. Важно отметить, что данные анкетирования показали, что 96% травматологов по оказанию экстренной круглосуточной помощи считают, что оплата труда травматолога-ортопеда в государственных учреждениях города Москвы - неадекватная, т.е. объем выполняемой работы значительно превышает объем оплаты. Будущие врачи основной причиной возникновения конфликтной ситуации между врачом и пациентом считают излишнюю скандальность пациента и перегруженности врача (93,8%). Большая часть будущих врачей (68,8%) уверена, что правильно заполненная медицинская документация является основной защитой врача в конфликте между пациентом и врачом.

Опрос пациентов показал, что 91% респондентов оценили качество лечения в стационаре как хорошее, 9% – как удовлетворительное. Однако большая часть опрошенных хотела бы внести изменения в работу отделения: 18% – по улучшению качества лечения; 36% – улучшению работы вспомогательных кабинетов; 46% – улучшению культуры обслуживания. Согласно проведенного опроса среди пациентов, которым была оказана экстренная травматологическая помощь, отмечалась высокая степень удовлетворенности относительно применения современных технологий для диагностики при оказании ургентной помощи, что свидетельствует о положительной динамике в развитии системы здравоохранения в этом направлении. Большая часть находящихся в стационаре пациентов доверяет лечащим врачам, что выражается в ответе на вопрос о необходимости брать согласие с пациента на оперативное лечение: «да» – ответило 55%; 35% - затруднились ответить на поставленный вопрос; «нет» ответили 10%. При этом на вопрос о том, ознакомил ли лечащий врач с планом лечения, утвердительно ответили 73% госпитализированных пациентов, отчасти - 27%, отрицательный ответ получен не был. На вопрос «предупреждал ли Вас врач о возможных осложнениях во время и после лечения» утвердительно ответили 82%, отрицательно - 18%. О заполнении листа письменного согласия на оперативное лечения все респонденты дали положительный ответ. Страх перед оперативным лечением испытывали 64% опрошенных.

Анализируемый материал показал, что значительная часть молодого населения больше всего во враче ценят профессиональные качества (74,5%), 23,4% - отношение к пациенту, лишь 2,1% внешний вид медика. Деонтологический аспект, как показал опрос, при общении с врачом имеет существенное значение: грубое отношение медика и его невнимательность больше всего раздражает пациентов (по данным опроса в 95,7%), 10% опрошенных указали, что отрицательным моментом в общении с врачом является наличие от него запаха табака и алкоголя. Данные цифры свидетельствуют о том, что население не настроено в наказании медицинского

работника и провоцировании конфликтной ситуации. Аналитические данные свидетельствуют, что в отношении врачебных ошибок большая часть опрошенных (51,1%) примет меры юридического воздействия; 23,4% – постараются исправить допущенную ошибку путем обращения к другим специалистам, и всего лишь 6,4% опрошенных постараются простить медика. В противоположной ситуации, если качество помощи при обращении в экстренную службу очень понравилось, 68,1 % респондентов выскажут свою благодарность врачу на словах; отблагодарят медработника материально 25,5%, и лишь 6,4% обратятся в администрацию больницы для вынесения медику благодарности.

### **Результаты проведенного исследования**

Результаты проведенного исследования выявили основные проблемные блоки при оказании экстренной травматологической помощи, которые прежде всего связаны с организацией ее оказания и низким уровнем юридической и психологической подготовки медицинских работников. Среди возможных путей преодоления существующих проблем целесообразными, на наш взгляд, являются: а) внедрение системы электронного документооборота и обмена данных в системе здравоохранения; б) усовершенствование медицинских стандартов; в) внедрение в поствузовское образование медицинских работников курсов по медицинскому праву и психологии общения.

Работа экстренной стационарной помощи также должна более плотно содействовать с судебно-медицинской службой. Разборы посмертных историй болезни на внутрибольничных клинико-анатомических конференциях сводятся лишь к перечислению фактов расхождения диагнозов с попытками перевести расхождения более высокой категории в более низкую, отсутствует аналитическое детализированное изучение внутрибольничных ошибок, тактических и диагностических упущений, которые могут иметь место и без наличия расхождения патологоанатомического и клинического диагнозов. В связи с этим также целесообразна роль кафедр с содействием между судебно-

медицинским и клиническим звеном. В ходе экспертного анализа посмертных историй болезни необходимо не только выявить причинно-следственную связь между повреждением и исходом, но и определить все возможные пути избегания летального исхода с обсуждением всех мероприятий, которые были приняты или не приняты. В Бюро СМЭ необходим сбор данных по дефектам в ведении медицинской документации с выявлением наиболее значимых, а также медицинских учреждений, где проводилась оказание МП и в которых наиболее часто выявляются упущения. Первый нормативный документ, в котором четко сформулированы критерии качества работы амбулаторной и стационарной МП, является приказ МЗ РФ от 7 июля 2015 г. № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». В нем указаны временные промежутки установки клинического диагноза как на этапе приемного отделения, так и профильного отделения стационара. Согласно приказу данные критерии применяются и при травмах, отравлениях и других воздействиях от внешних причин. Таким образом, его действие распространяется на экстренную травматологическую службу. Так, проведение первичного осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме, должно осуществляться не позднее 2 часов с момента поступления пациента в приемное отделение (дневной стационар) медицинской организации», при этом необходимо сформировать план обследования и лечения, т. е. данный пункт четко регламентирует время нахождения пострадавшего в приемном отделении. Однако при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме, проведение первичного осмотра пациента должно выполняться безотлагательно. Таким образом, данное положение в приказе предусмотрено при поступлении пострадавших с шокогенной травмой, при этом установление клинического диагноза при поступлении пациента по

экстренным показаниям осуществляется не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение. Однако в случае сочетанной травмы временной промежуток в 24 часа для установки клинического диагноза, например, выявления внутричерепной гематомы или тупой травмы живота, является неприемлемым. Установка клинического диагноза при поступлении пострадавшего в реанимационное отделение специализированного многопрофильного стационара с тяжелой шокогенной травмой не должно превышать 3 часов с момента поступления его в стационар.

### **Выводы**

1. Результаты анализа деятельности СМП по оказанию помощи пострадавшим с травмами ОДА выявили недостатки организационного, материально-технического и кадрового характера: организационные – связаны с нерациональными коммуникационными схемами маршрутизации пострадавших и ненадлежащим обеспечением диагностического процесса на уровне амбулаторно-поликлинического звена в случаях госпитализации пострадавших из РТП или поликлиник; бригады СМП недоукомплектованы современными облегченными медицинскими изделиями для иммобилизации поврежденных конечностей и таза, а также инструментом для разрезания одежды. Расхождения клинических диагнозов СМП и стационаров наблюдается в 28,8% случаев, несоблюдение стандартов лечения – 21,2%, ненадлежащее ведение медицинской документации выявлено в 46,2% в основном при оказании МП на догоспитальном этапе фельдшерскими бригадами СМП.

2. Работа приемного отделения по оказанию экстренной травматологической помощи организована руководством ЛПУ без четких научно-обоснованных подходов, осуществляется в режиме периодической интенсивной перегрузки, результатом является наличие диагностических ошибок (16,7%). Время пребывания пострадавших с травмами ОДА в приемном отделении в значительном количестве случаев превышает 2 часа (88,6%).

3. Недостаточная эффективность результатов лечебно-диагностического процесса и, как следствие, снижение качества оказания стационарной помощи пострадавшим вызваны недостатками в организации и материально-техническом обеспечении, а именно: отсутствием достаточного количества и полной линейки металлоконструкций для выполнения первичного остеосинтеза; сложностью проведения дополнительных методов обследования в первые сутки с момента поступления пациента; отсутствием четких протоколов стационарного лечения пострадавших с шокогенной травмой; несовершенством медико-правового обеспечения при оказании помощи пострадавшим пожилого и старческого возраста, а также с отягощенной психиатрической патологией; несовершенством нормативных документов, регламентирующих порядок организации и производства судебно-экспертной деятельности (пункт 6.11.11. «Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 24 апреля 2008 г. № 194н).

4. Основными упущениями в оформлении медицинской документации считаются: дефекты в описании локального статуса; разночтения в описании телесных повреждений; отсутствие клинического подтверждения и доказательных методов исследования повреждений капсульно-связочного аппарата суставов, что связано с несоблюдением алгоритма описания телесных повреждений.

5. Результаты социологического опроса выявили низкий уровень правовой осведомленности врачей-травматологов: половина из них не знакома со статьями УК РФ (50,0%), предусматривающими уголовную ответственность за профессиональные правонарушения; каждый десятый подвержен синдрому «профессионального выгорания» (10,0%); незначительное число среди врачей-травматологов относится к «стрессоустойчивому» типу личности (6,0%).

6. По данным социологического исследования большая часть пациентов травматологических отделений стационара высоко оценила качество оказанной

им МП (качество лечения в стационаре оценили как хорошее 91,0% респондентов; 55% – доверяют лечащему врачу), однако многие указали на необходимость повышения условий комфортности лечения (46%). Исследование выявило отсутствие здоровьесберегающего потенциала у населения (10,0% респондентов проходят ежегодную диспансеризацию по месту жительства).

7. Анализ причин неблагоприятных исходов и профессиональных ошибок в травматологии по материалам комиссионных СМЭ показал, что при оказании МП преобладают информационно-деонтологические (31,5%) и тактико-диагностические ошибки (28,9%), которые обусловлены неполноценным информированием пациента и ближайших родственников (у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой и психическими расстройствами) о тяжести полученных повреждений или неблагоприятном течении травматической болезни; неправильной интерпретацией патологических изменений, данных инструментальных методов исследования; игнорированием принципа «damage control» у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой.

8. Критериями оценки догоспитальной помощи при травмах ОДА являются: продолжительность транспортировки пострадавшего в стационар; полнота заполнения СЛ СМП с отражением паспортных данных пострадавшего, сведений об обстоятельствах и месте происшествия; соблюдение стандартов МП (наличие иммобилизации, адекватность обезболивания, отражение показателей гемодинамики). К критериям медикоэкспертной оценки госпитальной помощи в приемном отделении относятся: регистрация в МКСБ времени и условий возникновения травмы, характера и особенностей течения травматической болезни к моменту обращения пациента в медицинское учреждение; полнота отражения соматической патологии пострадавшего; длительность пребывания пострадавшего в приемном отделении с момента доставки СМП (указанном в СЛ); своевременность проведения диагностических мероприятий; адекватность



маршрутизации при шокогенной травме. Критериями качества оказания стационарной экстренной травматологической помощи с точки зрения медико-экспертной оценки являются длительность дооперационного пребывания в стационаре, сроки и качество выполнения первичного остеосинтеза.

### **Практические рекомендации**

1. В каждом ЛПУ необходимо тщательно изучать и анализировать объем медицинской помощи, оказанной пострадавшим «скорой помощью», и эффективность ее работы по срокам доставки травматологических больных в стационар, регистрации и обсуждении диагностических ошибок врачей и фельдшеров СМП. Для повышения качества амбулаторно-поликлинической травматологической помощи необходимо повышать квалификацию врачей травматологов-ортопедов в рамках непрерывного профессионального образования врачей в виде совместных тематических семинаров врачей-травматологов стационарного и амбулаторно-поликлинического звеньев. С целью улучшения качества оказания СМП необходимо оснастить бригады, оказывающие экстренную травматологическую помощь адекватным количеством одноразовых средств для иммобилизации переломов конечностей, стягивающим поясом для пострадавших с подозрением на нестабильное повреждение тазового кольца, безопасными ножницами для резки одежды.

2. При медикоэкспертной оценке качества оказания экстренной травматологической помощи пострадавшим на уровне приемного отделения стационара необходимо учитывать следующие критерии: время пребывания пострадавшего с травмами ОДА в приемном отделении, объем и обоснованность проведенных методов диагностики, лечения; наличие расхождения в диагнозе, установленном в приемном отделении с окончательным клиническим диагнозом. В отношении пострадавших, поступающих в приемное отделение в состоянии травматического шока, пребывание в приемном отделении следует ограничить одним часом с момента

поступления. Работу по первичной сортировке пострадавших с травмами ОДА должен осуществлять врач-травматолог приемного отделения.

3. В стандарт оказания помощи пациентам с множественной и сочетанной травмой необходимо включить шкалу «ШОСС» как основу критериальной медико-экспертной оценки качества медицинской помощи пострадавшим. Оперативное лечение пациентов пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости должно осуществляться по экстренным и срочным показаниям, что позволит снизить риск развития гипостатических осложнений и летальных исходов, а отказ от его проведения необходимо оформлять в МСКБ через консилиум, с участием анестезиолога и терапевта. Для правового обеспечения обоснования необходимости выполнения раннего остеосинтеза у пострадавших с психиатрической патологией необходима регистрация в МКСБ консилиума не менее чем из трех врачей соответствующих специальностей: травматология, анестезиология, психиатрия. При оценке тяжести вреда, причиненного здоровью человека, необходимо учитывать не только функциональный результат спустя 120 дней после травмы, но и качество проведенного лечения.

4. В связи с увеличением нагрузки на работу экстренных служб по причине оптимизации деятельности стационарного звена (сокращение количества коек; направленность экономической составляющей не на койко-день, а на законченный случай) необходимо осуществление раннего оперативного лечения всех пострадавших с травмами ОДА. В свою очередь, важна четкая организация работы данного звена травматологической помощи, а именно: сокращение времени предоперационного обследования на уровне приемного отделения в пределах не более 1,5 часов с момента поступления; наличие линейки фиксаторов для выполнения остеосинтеза; обеспечение в составе бригад экстренной службы специалистов-травматологов высшей категории.

5. Алгоритм описания телесных повреждений, входящих в так называемую группу «ушибы мягких тканей», должен отражать морфологическую составляющую телесных повреждений, что позволит судебно-медицинскому эксперту надлежащим образом ответить на поставленные следственными органами вопросы и сформулировать объективное заключение о характере телесных повреждений, механизме и давности их образования, степени тяжести вреда здоровью и т.д.

6. Для аргументированного отстаивания ЛПУ своих интересов при возникновении конфликтных ситуаций при оказании экстренной травматологической помощи в оформлении МКСБ необходимо давать четкое обоснование клинического диагноза, фиксировать наличие у пострадавшего заболеваний общесоматического характера, регистрировать сведения о времени и условиях возникновения травмы, ее характере, особенностях течения травматической болезни к моменту обращения пациента в медицинское учреждение.

7. Для профилактики конфликтных ситуаций необходимо в МКСБ представлять обоснование тактики ведения пострадавшего, с учетом соответствия сроков и объема назначений, диагностических и лечебных мероприятий согласно стандартам оказания МП, а также фиксировать особенности течения травматического процесса в динамике, а во всех сомнительных случаях, проводить консилиум.

8. При получении обязательного письменного согласия пациента или его родственников (с согласия пострадавшего) они должны быть информированы в доступной форме не только о преимуществе выполнения остеосинтеза как более перспективного метода лечения травм ОДА, но и о возможных осложнениях, побочных явлениях при его выполнении.

9. Для контроля качества в работу ЛПУ необходимо внедрить постоянно действующую систему проведения социологических опросов пациентов с последующим анализом и принятием управленческих решений.

10. В сертификационные и квалификационные циклы травматологов-ортопедов следует включать лекции по медицинскому праву, занятия по результатам работы комиссионных экспертиз с целью разбора так называемых врачебных дел с указанием наиболее часто встречающихся ошибок.

11. На внутрибольничных клинико-анатомических конференциях следует ввести аналитическое детализированное изучение ошибок, тактических и диагностических упущений, которые могут иметь место даже в случае совпадения патологоанатомического и клинического диагнозов. В ходе экспертного анализа посмертных МКСБ необходимо не только устанавливать причинно-следственную связь между повреждением и исходом, но и определять все возможные пути предотвращения летального исхода с обсуждением всех мероприятий, которые были приняты или не приняты.

12. Для усиления взаимодействия ЛПУ и СМЭ по вопросам улучшения качества оказания МП необходимо в СМЭ обеспечить сбор и передачу данных об ошибках ведения медицинской документации с указанием наиболее значимых и фиксацией тех ЛПУ, в которых наиболее часто выявляются упущения.

13. С целью профилактики травматизма следует разработать и утвердить территориальную целевую программу, учитывающую его структуру и включающую не только органы здравоохранения, но и коммунальные службы, ГИБДД, психологов, педагогических работников. Рассматривать вопрос о коечной мощности стационара необходимо только с учетом эпидемиологической обстановки по травматизму.

#### **Список работ, опубликованных автором по теме диссертации**

1. Скорогляднов, А.В., Николаев А.П., Лядова М.В., Блинов А.В., Мельниченко Ю.А. Оптимизация оказания помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях в условиях многопрофильной больницы мегаполиса // **Вестник РГМУ**. - 2012. - №3. – С.11-15.
2. Лядова М.В. Качество оказания скорой медицинской помощи больным травматологического профиля в условиях мегаполиса // **Якутский медицинский журнал**. – 2013. - №3(43). - С.56-59.

3. **Лядова М.В.**, Тучик Е.С. История экспертизы степени тяжести телесных повреждений и возмещения вреда здоровью // **Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.** – 2013. - №6. - С.54-57.
4. **Лядова М.В.**, Тучик Е.С., Лядова А.В. Стандартизация оказания медицинской помощи как основной инструмент воздействия на ее качество: за и против // **Труд и социальные отношения.** – 2013. - №5 (107). - С.141-150.
5. Ратьев А.П., Скороглядов А.В., Коробушкин Г.В., Жаворонков Е.А., **Лядова М.В.** Отдаленные результаты лечения пациентов с переломовывихами костей предплечья // **Вестник РГМУ.** - 2013. - №2. - С.26-31.
6. Скороглядов А.В., **Лядова М.В.**, Ратьев А.П. Анализ клинического опыта лечения травм у больных с сопутствующей психиатрической патологией // Актуальные вопросы травматологии. Достижения. Перспективы: материалы I научно-практической конференции, М.: Альт Консул, 2013. - С.162-164.
7. Скороглядов А.В., **Лядова М.В.**, Ратьев А.П. Пути совершенствования оказания квалифицированной помощи пострадавшим в ДТП в условиях многопрофильной больницы // Актуальные вопросы травматологии. Достижения. Перспективы: материалы I научно-практической конференции, М.: Альт Консул, 2013. - С.164 – 165.
8. Скороглядов, А.В., **Лядова М.В.**, Ратьев А.П. Улучшение качества оказания травматологической помощи пациентам с сопутствующей психиатрической патологией // **Вестник РГМУ.** - 2013. - №2. - С.9-13.
9. **Лядова М.В.** Значение клинического диагноза при судебно-медицинской оценке повреждений связочного аппарата коленного и голеностопного суставов // Материалы X юбилейного всероссийского съезда травматологов-ортопедов, Москва, 16-19 сентября 2014 г. – С.55.
10. **Лядова М.В.** Изучение дефектов медицинской документации при формулировке и подтверждении диагноза у пациентов с повреждениями связочного аппарата // **Якутский медицинский журнал.** - 2014.- №3 (47). - С.82-85.
11. **Лядова М.В.** Некоторые вопросы качества оказания специализированной помощи больным с сочетанной черепно-мозговой травмой в многопрофильном стационаре // **Якутский медицинский журнал.** - 2014. - №2 (46). - С.107-111.
12. **Лядова М.В.**, Лядова А.В. Оказание экстренной помощи населению мегаполиса: специфика и проблемы (по данным социологического исследования) // Приоритетные направления развития социологии в XXI веке: материалы IX международной научной конференции «Сорокинские чтения», 4-5 декабря 2014 года. – С.118-119.
13. **Лядова М.В.**, Скороглядов А.В. Проблемы качества оказания скорой медицинской помощи больным травматологического профиля в условиях мегаполиса // Материалы X юбилейного Всероссийского съезда травматологов-ортопедов, 16-19 сентября, 2014 г. Москва, 2014. – С.
14. **Лядова М.В.**, Тучик Е.С. Вопросы экспертизы качества медицинской помощи в свете изменений в законодательстве и развития стандартизации здравоохранения Российской Федерации // **Здравоохранение Российской Федерации.** - 2014. - №1. - С.34-37.
15. **Лядова М.В.**, Тучик Е.С. Качество ведения медицинской документации при судебно-медицинской оценке повреждений связочного аппарата крупных суставов // Материалы X юбилейного Всероссийского съезда травматологов-ортопедов. – Москва, 16-19 сентября 2014 г. – С.54.

16. **Лядова М.В.**, Тучик Е.С. Медико-экспертная оценка деятельности скорой медицинской помощи пострадавшим с травмами опорно-двигательного аппарата в условиях мегаполиса // **Врач скорой медицинской помощи**. - 2014. - № 12. - С.17-24.
17. **Лядова, М.В.**, Тучик Е.С., Лядова А.В. Историко-правовой анализ вопросов тяжести причинения вреда здоровью в первых законодательных документах // **История государства и права**. - 2014. - №11. - С.14-18.
18. **Лядова М.В.**, Тучик Е.С., Скороглядов А.В. Медико-экспертные критерии оценки качества экстренной травматологической помощи пострадавшим с повреждениями опорно-двигательного аппарата // **Материалы X юбилейного Всероссийского съезда травматологов-ортопедов, Москва, 16-19 сентября 2014 г.** – С.54
19. Скороглядов А.В., **Лядова М.В.**, Ратьев А.П. Концепция улучшения качества оказания квалифицированной помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях в условиях многопрофильной больницы // **Российский медицинский журнал**. - 2014. - №2. - С.10-12.
20. Королев М.А., Коробушкин Г.В., **Лядова М.В.**, Мирошникова Е.А., Лидяев А.А. Критерии оценки результатов лечения переломов костей стопы у больных со множественной и сочетанной травмой// **Кафедра травматологии и ортопедии**. – 2015. - №1. - С.124-125.
21. **Лядова М.В.** Анализ медико-правовых вопросов оценки качества оказания экстренной помощи пострадавшим с повреждениями опорно-двигательного аппарата // **Якутский медицинский журнал**. – 2015. - №4. - С.45-48.
22. **Лядова М.В.** Медико-экспертный анализ ошибок при оказании стационарной помощи пострадавшим с травмами опорно-двигательного аппарата // **Проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи (экспертно-правовые вопросы): материалы IV Всероссийской научно-практической конференции**. М.: Национальный институт медицинского права, 2015, С.236-237.
23. **Лядова М.В.**, Коробушкин Г.В., Чуловская И.Г. Организация экстренной травматологической помощи пострадавшим пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости // **Материалы VI Научно-образовательной конференции травматологов и ортопедов ФМБА России - М.: Ивентариум, 2015.- С.25-26.**
24. **Лядова М.В.**, Лядова А.В. Повышение качества медицинской помощи как условие демографического роста // **Personal development: psychological foundations and social conditions. Materials of the III international scientific conference on March 29-30, 2015. Prague**, P. 13-19.
25. **Лядова М.В.**, Лядова А.В. Повышение качества медицинской помощи как условие развития человеческого потенциала // **Сборник статей Всероссийской научно-практической конференции «Развитие человеческого потенциала как условие и фактор модернизации России и ее регионов. – Издательство «Гилем» (Уфа), 2015. – С.393-396.**
26. **Лядова М.В.**, Лядова А.В. Этические аспекты профессиональной деятельности врачей: проблемы и их причины (на примере экстренной травматологической службы г.Москвы) // **Human health as a problem of medical sciences and humanities. Materials of the international scientific conference on April 20-21, 2015. Prague**, P.116-123.
27. **Лядова М.В.**, Скороглядов А.В., Тучик Е.С. Медико-правовые аспекты оказания экстренной травматологической помощи // **Материалы VI Научно-образовательной**

- конференции травматологов и ортопедов ФМБА России. М.: Ивентариум, 2015.- С.26-27.
28. **Лядова М.В.**, Тучик Е.С. Значение клинического диагноза при судебно-медицинской оценке повреждений связочного аппарата крупных суставов // **Медицинская экспертиза и право.** - 2015.- №1.- С.42-46.
  29. **Лядова М.В.**, Тучик Е.С. Оптимизация оказания экстренной травматологической помощи на основании медико-экспертного анализа ошибок и осложнений // **Материалы VI Научно-образовательной конференции травматологов и ортопедов ФМБА России** - М.: Ивентариум, 2015. - С.27-28.
  30. **Лядова М.В.**, Тучик Е.С. Причины неблагоприятных исходов и профессиональных ошибок при оказании экстренной травматологической помощи (по материалам комиссионных судебно-медицинских экспертиз) // **Материалы XII съезда хирургов России**, г. Ростов-на-Дону, 5-10 октября. 2015 г. - URL: <http://12.surgeons.ru/xii2015>
  31. **Лядова М.В.**, Тучик Е.С., Лядова А.В. Медико-правовая осведомленность врачей-травматологов по оказанию экстренной помощи (по данным социологического исследования) // **Вестник РГМУ.** – 2015. - №3. – С.29-33.
  32. **Лядова М.В.**, Тучик Е.С., Лядова А.В. Анализ правовой грамотности врачей экстренной медицинской помощи // **Социология медицины.** – 2015. - №1. - С.10-13.
  33. **Лядова М.В.**, Тучик Е.С., Ратьев А.П., Егиазарян К.А., Жаворонков Е.А. О судебно-медицинской оценке тяжести вреда здоровью при переломах, составляющих локтевой сустав // **Хирургическая практика.** - 2015. - №1. – С.67-72.
  34. **Лядова М.В.**, Тучик Е.С., Чуловская И.Г., Коробушкин Г.В. Проблемы медико-правового обеспечения оказания экстренной травматологической помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедра // **Клиническая геронтология.** - 2015. - №7-8. - С.10-15.
  35. Скороглядов А.В., **Лядова М.В.** Медико-экспертный анализ качества оказания экстренной помощи у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой // **Медицина катастроф: обучение, наука и практика: материалы научно-практической конференции.** Москва: РНИМУ им.Н.И.Пирогова, 20 ноября 2015. - М.: ГБОУ ВПО РНИМУ им.Н.И.Пирогова Минздрава России, 2015. – 224 с.
  36. Скороглядов А.В., **Лядова М.В.**, Тучик Е.С. Медико-экспертная характеристика ошибок и осложнений при оказании экстренной стационарной помощи пострадавшим с травмами опорно-двигательного аппарата // **Медицина катастроф.** - № 3(91). - 2015. - С.25-28.
  37. Тучик Е.С., Кильдюшов Е.М., **Лядова М.В.**, Гусева С.В. Судебно-медицинская оценка качества оказания экстренной травматологической помощи потерпевшим // **Московский хирургический журнал.** – 2015. - №3 (43). – С.16-20.
  38. Тучик Е.С., **Лядова М.В.** Медико-экспертный анализ качества оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим с травмами опорно-двигательного аппарата // **Материалы московской Ассамблеи «Здоровье столицы», 19-20 ноября 2015 г., С.110.**

#### СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АНФ – аппарат наружной фиксации  
 АД – артериальное давление  
 ДТП – дорожно-транспортное происшествие

ИВЛ – искусственная вентиляция легких  
КМП – качество медицинской помощи  
КТ – компьютерная томография  
ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение  
МКСБ – медицинская карта стационарного больного  
МП – медицинская помощь  
МРТ – магнитно-резонансная томография  
ОДА – опорно-двигательный аппарат  
ОМС – обязательное медицинское страхование  
ОРИТ – отделение реанимации и интенсивной терапии  
РТП – районный травматологический пункт  
САК – субарахноидальное кровоизлияние  
СЛ – сопроводительный лист скорой медицинской помощи  
СМП – скорая медицинская помощь  
СМЭ – судебно-медицинская экспертиза  
ТШ – травматический шок  
УЗИ – ультразвуковое исследование  
УЗАС – ультразвуковое ангиосканирование  
ЧМТ – черепно-мозговая травма  
ЭХО-КГ – ультразвуковая эхокардиография  
ЦВД – центральное венозное давление  
АО/ASIF – Association for Osteosynthesis/Association for Study of Internal Fixation



