

ОСОБЕННОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТРУПОВ ЛИЦ, УМЕРШИХ В СТАЦИОНАРАХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

С.А. Жулин

ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», Москва

Аннотация: В статье приводится информация об особенностях судебно-медицинского исследования трупов лиц, умерших в медицинских организациях. Отражены порядок и необходимые сведения из медицинских документов, подлежащие внесению в акт судебно-медицинского исследования трупа (заключение эксперта).

Ключевые слова: смерть в больнице, медицинская карта стационарного больного, критерии качества экспертных исследований

PECULIARITIES OF FORENSIC EXAMINATION OF CORPSES OF PERSONS DYING IN HOSPITAL.

Zhulin S.A.

Abstract: The article provides information about the features of forensic examination of corpses of persons who died in hospitals, medical organizations. Reflected the order and the necessary information from medical documents, to be included in the forensic examination of the corpse (expert opinion).

Keywords: death in hospitals, medical organizations, quality criteria of expert studies; medical card hospital patient

<http://dx.doi.org/10.19048/2411-8729-2016-2-4-42-43>

Основным нормативным документом, определяющим секционное исследование трупа врачом – судебно-медицинским экспертом, является «Порядок организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации», утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 12.05.2010 г. №346н (далее – Порядок). Порядок определяет алгоритм судебно-медицинского экспертного исследования трупа, содержание заключения эксперта. Отмечены особенности экспертного исследования трупов по видам смерти. В данном Порядке отсутствуют указания на особенности исследования трупов лиц, умерших в медицинских организациях, а такие особенности, безусловно, имеются.

В ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» за последние 10 лет количество исследованных трупов в случаях смерти в стационаре составляло от 5,4% до 9,2% от общего количества исследованных трупов. В 2015 году исследовано 2436 трупов в случаях смерти в стационарах медицинских организаций (далее – МО).

Исследование трупа в случаях смерти в МО начинается с изучения медицинской документации – медицинской карты стационарного больного (истории болезни). В соответствии с нормативными документами (УПК РФ, Ф3-73 «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ», «Порядком организации и производства судебно-медицинских экспертиз») материалы для проведения экспертизы, в том числе труп, медицинские документы предоставляются лицом (органом), назначившим экспертизу.

На практике зачастую медицинская карта стационарного больного передается в структурное подразделение Бюро СМЭ непосредственно из больницы через оперативный отдел с визой главного врача (заместителя по медицинской части) – «на судебно-медицинское вскрытие». В таких случаях необходимо поставить в известность должностное лицо правоохранительных органов, в полномочиях которого назначение судебно-медицинской экспертизы о необходимости внесения медицинской карты в перечень материалов, направляемых для производства экспертизы.

В ходе изучения медицинской карты стационарного больного необходимо отмечать особенности клинического

течения травмы (заболевания). При этом обязательно в акт судебно-медицинского исследования трупа (заключение эксперта) следует вносить:

- паспортные данные: Ф.И.О., возраст, номер медицинской карты стационарного больного и полное наименование медицинской организации;
- даты и время поступления в МО и смерти;
- кем доставлен больной, направительный диагноз;
- полностью заключительный клинический диагноз по рубрикам: «основное заболевание», «осложнения», «сопутствующее заболевание»;
- в случаях транспортировки (доставки в медицинскую организацию) больного бригадой скорой медицинской помощи (далее – СМП) – сведения из сопроводительного листа станции СМП: номер листа, откуда доставлен больной, время поступления вызова, отмеченные в листе особенности анамнеза и состояния при оказании СМП и транспортировке, оказанная медицинская помощь;
- в случаях несоответствия времени поступления в больницу, состояния больного в больнице между сопроводительным листом СМП и медицинской картой стационарного больного это несоответствие отмечается;
- первичный осмотр в приемном отделении (время осмотра, жалобы, важные сведения из анамнеза, особенности клинических симптомов на догоспитальном этапе, общее состояние больного, состояние гемодинамики, особенности клинических симптомов по органам и системам в зависимости от диагноза, в том числе для последующего посмертного дифференциального диагноза);
- время и особенности осмотра специалистов в зависимости от диагноза;
- данные инструментальных (УЗИ, рентгенография, КТ, МРТ) и лабораторных исследований, которые легли в основу выставленного клинического диагноза;
- протоколы операций, их номера, даты и время проведения;
- при необходимости вносят данные из предоперационных эпикризов, анестезиологических карт;
- данные дневниковых записей наблюдения врачей вносят коротко, возможно своими словами для фиксации динамики течения болезни;

– в переломные этапы течения болезни: данные осмотров, важные клинические симптомы приводятся полностью, дословно; важно отмечать время развития общих осложнений, характерных для длительного пассивного нахождения в больнице – пролежней, пневмоний, тромбозов;

– записи врачей, отражающие время, темп наступления смерти;

– данные лабораторных исследований, необходимые для обоснования диагноза, их динамика;

– обязательно результаты токсикологических исследований на алкоголь, наркотические вещества;

– желательно отражать информацию о медикаментозном лечении (*важно – введение наркотических, психотропных веществ в случаях дифференциального диагноза между отравлениями и органическим или травматическим поражением ЦНС*).

Таким образом, в судебно-медицинскую документацию – акт судебно-медицинского исследования трупа (*заключение эксперта*) достаточно подробно вносятся основные сведения из медицинской карты стационарного больного, позволяющие в дальнейшем, даже при отсутствии первичной медицинской документации, оценить основные этапы стационарной медицинской помощи и её качество.

Основной алгоритм собственно экспертного исследования трупа и обязательные элементы, подлежащие протоколированию в ходе экспертного исследования, подробно изложены в пп. 33 – 53 главы IV «Особенности порядка организации и проведения экспертизы трупа» Порядка. Следует добавить, что в случае смерти в медицинской организации, в ходе наружного исследования трупа указывают следы медицинских манипуляций – следы инъекций, наличие интубационных трубок, катетеров, зондов в естественных отверстиях, расположение хирургических разрезов, дренажей в случаях хирургических операций. При наличии катетеров в центральных венах (*подключичных, яремных, бедренных*), клинических признаках при внутреннем исследовании следует провести пробу на наличие воздушной эмболии полостей сердца. В день окончания секционного исследования трупа врач – судебно-медицинский эксперт обязан заполнить и подписать медицинское свидетельство о смерти, то есть оформить медицинский документ, в котором необходимо отразить непосредственную и основную (*первоначальную*) причины смерти, внешнюю причину смерти, кодировать указанные причины смерти в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра (*МКБ-10*), что предусмотрено пунктом 53 Порядка.

В ходе судебно-медицинского экспертного исследования может появиться необходимость в изучении дополнительных материалов, в том числе медицинских. Для выяснения сведений о состоянии здоровья умершего при жизни (*до поступления в стационар, где произошла смерть*), запрашиваются медицинские документы из медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (*медицинская карта амбулаторного больного – учетная форма №025у*). В ходе изучения данной медицинской документации в акт судебно-медицинского исследования (*заключение эксперта*) вносятся:

- наименование медицинского документа – медицинская карта амбулаторного больного, медицинская книжка (*в меди-*

цинских учреждениях Министерства обороны РФ, МВД РФ), номер документа;

- наименование медицинской организации;
- дату (*год*), в котором заведена медицинская карта;
- сведения о важных заболеваниях из листа уточненных диагнозов (*с указанием даты заболеваний*);
- сведения о диспансерном наблюдении;
- при необходимости (*для уточнения нозологических форм*)

приводятся важные клинические данные из записей осмотров врачей при обращениях, посещениях на дому, результатов обследования;

- последнюю дату обращения (*осмотра на дому*);
- наличие посмертного эпикриза с заключительным клиническим диагнозом.

После получения данных лабораторных исследований и других необходимых данных (*в том числе дополнительных медицинских документов – медицинской карты амбулаторного больного, данных медицинских осмотров*) необходимо составить судебно-медицинский диагноз. Диагноз должен быть рублицированным.

Заключение эксперта (*акт судебно-медицинского исследования трупа*) выдается следователю (*дознавателю*). Передача его в медицинские организации, в том числе для контроля качества медицинской помощи, не предусмотрена. Для клинико-анатомического разбора составляется клинико-анатомический эпикриз, прикрепляемый к медицинской карте стационарного больного, после возвращения которой в медицинскую организацию производится разбор случая на комиссии по изучению летальных исходов, а при необходимости – на клинико-анатомической конференции.

◇ ВЫВОД

Таким образом, при судебно-медицинском исследовании трупа лица, умершего в медицинской организации, кроме требований «Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» следует вносить в экспертный документ сведения из медицинской документации, проводить клинико-анатомические сопоставления в ходе исследования трупа и в последующем – при клинико-анатомическом разборе случая с врачами медицинских организаций.

◇ ЛИТЕРАТУРА

1. Сопоставление клинического и судебно-медицинского диагнозов по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2015 году: ежегодный бюллетень / [Клевно В.А., Кучук С.А., Зазулин В.А. и др.]; под ред. проф. В.А. Клевно – М.: Ассоциация СМЭ, 2015. – 66 с.: илл. ISBN 978-5-9906081-4-6.
2. Жулин С.А. Оценка качества судебно-медицинских экспертиз трупов лиц умерших в стационарах медицинских организаций. «Судебная-медицина» 2015;1(2):25-26. DOI: 10.19048/2411-8729-2015-1-2-21-108
3. Жулин С.А., Оценка качества судебно-медицинских исследований трупов лиц, умерших от злокачественных образований // «Судебная-медицина». 2016;2(2): 34–35. DOI: 10.19048/2411-8729-2016-2-2-33-173

Для корреспонденции:

ЖУЛИН Сергей Александрович – заведующий танатологическим отделом государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы» ÷ 111401, г. Москва, ул. 1-я Владимирская, д. 33, корп. 1, ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» • zhulin@sudmedmo.ru •

■ Конфликт интересов отсутствует.