

## СУДОВО-МЕДИЧНА ОЦІНКА НЕНАЛЕЖНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ЯКА НАДАЄТЬСЯ СЕРЕДНІМ МЕДИЧНИМ ПЕРСОНАЛОМ

©Франчук В. В.<sup>1</sup>, Мельник М.М.<sup>2</sup>, Зозуля В.М.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,

<sup>2</sup>Чернівецьке обласне бюро судово-медичної експертизи,

<sup>3</sup>Обласне бюро судово-медичної експертизи Житомирської обласної ради

**Резюме.** У статті вивчені особливості неналежного надання медичної допомоги середнім медичним персоналом на підставі дослідження матеріалів комісійних та комплексних експертиз Тернопільського, Житомирського та Чернівецького обласних бюро судово-медичної експертизи за 2007 – 2016 рр., виконаних у випадках порушень професійних обов'язків медичними працівниками. Недоліки у наданні медичної допомоги середніми медичними працівниками виявлені в 11,7% експертиз за «лікарськими справами». Медична допомога із дефектами надавалась як правило фельдшерами та медичними сестрами, на догоспітальному етапі. Виокремлено 8 видів сестринських помилок. Неправильні дії середніх медичних працівників траплялись зазвичай під час лікувально-діагностичних та тактико-організаційних міроприємств. Неналежна медична допомога зазвичай надавалась у недостатньому обсязі та несвоєчасно. Майже половина випадків (44,8%) медичної допомоги з дефектами зумовлена суб'єктивними причинами, пов'язаними з недостатнім професіоналізмом медичних сестер та фельдшерів. Помилкові дії середніх медичних працівників, які знаходились у прямому причинно-наслідковому зв'язку із тяжкими наслідками, констатовані в 13,8% випадків експертиз.

**Ключові слова:** недоліки медичної допомоги, сестринські помилки, порушення професійних обов'язків середніми медичними працівниками.

**ВСТУП.** Медична допомога, яка надається громадянам невдало, з різноманітними дефектами чи недоліками, всупереч ustalеним у медицині правилам, стандартам чи інструкціям і яка внаслідок цього закінчується для пацієнтів неблагоприємно – є сьогодні важливою проблемою сучасної соціально-орієнтованої держави [1,2,3]. Навіть для країн з високотехнологічним рівнем розвитку медичної галузі наслідки неналежної медичної допомоги знаходяться серед основних причин смертності населення. Так, за даними професора Johns Hopkins University School of Medicine Dr. Martin Makary, щорічно у США від лікарських помилок помирає 251454 пацієнтів, що посідає третє місце у загально державній структурі причин смертності американського населення [4]. У ФРН – світовому лідері ринку медичних послуг, за даними Федеральної лікарської палати внаслідок лікарських помилок гине 19000 пацієнтів кожного року, що у 5 разів перевищує кількість загиблих у ДТП (за даними В. Н. Флоря, (2014))[5]. Однак, поруч з лікуючим лікарем під час здійснення профілактичних, лікувально-діагностичних або реабілітаційних заходів обов'язково знаходиться середній чи молодший медичний працівник, який також може помилятися, тобто - виконувати свої професійні обов'язки невдало, з недоліками, не так як слід. Такі випадки неналежної медичної допомоги з боку середнього медичного персоналу виокремлюють у окрему категорію – «сестринські помилки», особливості яких в Україні донедавна практично не досліджувались.

У зв'язку із цим **метою дослідження** стало вивчення експертних особливостей неналежного надання медичної допомоги середніми медичними працівниками на підставі аналізу матеріалів судово-слідчих справ, порушених у випадках скарг громадян на неправильну медичну допомогу.

**Матеріали і методи.** Відповідно до мети роботи, досліджені матеріали комісійних і комплексних судово-медичних експертиз у випадках неналежного виконання професійних обов'язків медичними працівниками, виконаних у Тернопільському обласному бюро судово-медичної експертизи протягом 2007-2016 років (ТОБСМЕ), в обласному бюро судово-медичної експертизи Житомирської обласної ради (ОБСМЕЖОР) за 2011-2015 рр. та в Чернівецькому обласному бюро судово-медичної експертизи (ЧОБСМЕ) за 2007-2016 рр. Докладному аналізу, з вкопійовуванням отриманих даних в спеціально розроблену, окрему для кожної вивченої справи анкету, піддані: висновки експерта; акти судово-медичних досліджень; протоколи патологоанатомічних та судово-медичних розтинів; довідки про причину смерті; протоколи, висновки та рішення контрольно-експертних комісій; матеріали службової перевірки щодо надання медичної допомоги; протоколи допитів та пояснення медичного персоналу; медичні карти стаціонарних хворих; медичні карти амбулаторних хворих тощо. Вказані документи, а також окремі томи і додаткові матеріали кримінальних справ були надані для вивчення офіційно, в рамках науково-практичного та ділового співробітництва між ТДМУ (курсом судової медицини), Головним управлінням Національної поліції в Тернопільській області та зазначеними експертними закладами. Загалом досліджено 350 таких справ, які були порушені проти осіб медичного персоналу 10 регіонів України: Тернопільської, Хмельницької, Житомирської, Волинської, Чернівецької, Вінницької, Львівської, Рівненської,

Івано-Франківської та Чернігівської областей. Статистичний аналіз, обробка та візуалізація даних, що наводяться у роботі, здійснювались засобами табличного процесора MS Excel 2016.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз отриманого матеріалу показав, що лівова частка вивчених лікарських справ порушувалась слідчими за 140 ст. ККУ «Неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником», що склало 315 справ (90,0%). Інші склади злочинів з спеціальним суб'єктом (медичним працівником), які перебували у провадженні правоохоронних органів, були представлені наступним чином: за ст. 139 ККУ «Ненадання допомоги хворому медичним працівником» - було порушено 4 справи (1,2 %); за ст. 136 ККУ «Ненадання допомоги особі, яка перебуває в небезпечному для життя стані» - 1 справа (0,3%). Кілька десятків кримінальних проваджень було відкрито протягом 2009-2010 рр. за ст. 325 ККУ «Порушення правил боротьби з епідеміями», у зв'язку з відомою пандемією грипу H1N1. Більшість (312 або 94,9%) експертиз були первинними, 10 (2,8%) були додатковими і 8 (2,3%) були повторними. В 7 випадках висновки експертних комісій в матеріалах справ були відсутні в силу технічних причин або неможливості таких висновків внаслідок фальсифікації медичних документів. Таким чином, повними виявлені матеріали 343 справ з загалу, серед яких різноманітні недоліки та дефекти в наданні медичної допомоги були встановлені експертними комісіями в 247 випадках (72,0%), порушень виявлено не було в 96 випадках (28,0%). Проти середніх медичних працівників слідчими було порушено 39 справ (11,1% від загальної кількості вивчених справ). Серед них помилкові та неправильні дії з боку середнього медичного персоналу були констатовані в 29 випадках, що склало 11,7% від лікарських справ, в яких були підтверджені факти неналежної медичної допомоги. Проти фельдшерів було порушено 22 справи (56,4%), проти медичних сестер – 12 (30,8%), проти акушерок – 4 (10,2%), проти молодших медичних працівників (медбрат психлікарні) – 1(2,6%).

Під недоліками надання медичної допомоги розумілись будь-які упущення, промахи, дефекти, невиконання належним чином навмисно, підсвідомо чи ненароком професійних обов'язків середнім медичним персоналом.

Аналіз отриманого матеріалу показав, що середні медичні працівники неналежно виконували власні професійні обов'язки, як правило, під час надання медичної допомоги на до госпітального етапі, що мало місце серед 20 справ і склало 69,0%. Серед них: в амбулаторіях чи поліклініках – 14 випадків (48,3%), в каретах швидкої медичної допомоги – 4 (13,8%), у фельдшерсько-акушерських пунктах – 2 (6,9%). Переважання недоліків у професійній діяльності середніх медичних працівників саме на до госпітального етапі, відрізняє «сестринські помилки» від «лікарських», які (що було констатовано нами раніше (V. Franchuk, (2016)), навпаки, частіше трапляються на госпітальному етапі надання медичної допомоги [6].

Різнманітні дефекти на госпітальному етапі констатовані експертними комісіями в 12 випадках (41,4%), з яких 11 (40,0%) трапились у стаціонарах лікувально-профілактичних закладів, 1 випадок (3,4%) – у приймальному відділенні (в трьох випадках помилковими були визнані дії однієї медсестри і двох акушерок на до- та госпітальному етапах надання медичної допомоги одночасно).

Недоліки у власній професійній діяльності середні медичні працівники припускали зазвичай не одноосібно, а разом із лікарем, помічником якого вони були. Таких справ виявлено 25, що становило 86,2% від загальної кількості вивчених справ, в яких були виявлені ті чи інші «сестринські помилки». Топ-лист лікарів, за наставництва яких їх підлеглий середній медичний персонал припускався різноманітних дефектів виглядає наступним чином: терапевти – 8 випадків (27,6%), педіатри – 6 (20,7%), лікарі бригад екстреної медичної допомоги – 4 (14,0%), акушери-гінекологи – 3 (10,3%), анестезіологи – 3 (10,3%).

Вивчення та узагальнення доступних наукових публікацій з проблеми сестринських помилок [7,8,9], в сукупності з отриманими даними власного дослідження, дали змогу виокремити наступні *види недоліків у професійній діяльності середніх медичних працівників (рис.1)*:

- лікувально-діагностичні;
- тактико-організаційні;
- недоліки амбулаторно-профілактичного спостереження (нагляду);
- недоліки у складанні медичної документації;
- поведінкові (деонтологічні) помилки;
- дефекти медичних процедур;
- недоліки до- і післяопераційного догляду;
- помилки у медикаментозних призначеннях.



**Рис. 1. Видова характеристика недоліків у професійній діяльності середнього медичного персоналу.**

Як видно з цієї діаграми, частіше за все середні медичні працівники лікувально-профілактичних закладів України припускались лікувально-діагностичних (констатовано в 26,8 % випадків) та тактико-організаційних помилок (25,4% справ). Недоліки у здійсненні амбулаторно-профілактичних спостережень виявлені серед 16,4% випадків, помилки у веденні медичної документації зафіксовані в 11,9 %, деонтологічні помилки, дефекти медичних процедур, недоліки до- і післяопераційного догляду траплялись у рівних долях і становили 6,0%, помилки у медикаментозних призначеннях були виявлені експертною комісією лише в одному випадку (1,5%). Характерною особливістю неналежного виконання середнім медичним персоналом власних професійних обов'язків є асоційованість лікувально-діагностичних та тактико-організаційних помилок, що було виявлено експертними комісіями в матеріалах 17 кримінальних справ (58,6% від кількості таких справ з підтвердженими судово-медичною експертизою недоліками).

Серед лікувально-діагностичних недоліків відмічені недостатні або невчасні загально-клінічне обстеження чи лабораторні дослідження; недооцінювання клінічних проявів захворювання та загального стану пацієнта; неправильність попереднього діагнозу; не проведення показаних спеціальних додаткових методів обстеження та діагностики; недостатній обсяг і запізнелість лікування.

Фельдшер бригади екстреної медичної допомоги прибув за викликом до молодого чоловіка Особа\_6, який напередодні попав у бійку. Медпрацівник поверхнево зібрав анамнез, не оглянув рану на животі, не госпіталізував хворого у лікарню, не повідомив чергового лікаря та міліцію про випадок. Після від'їзду ШМД Особа\_6 помер. На розтині – проникаюче поранення живота з ушкодженням сальника та розвитком масивної внутрішньочеревної кровотечі. (*висновок експерта № 106/2012, ТОБСМЕ*).

Тактико-організаційні дефекти насамперед були пов'язані з неузгодженістю дій медичного персоналу лікувального закладу, запізнелістю викликом лікаря чи консультанта, відсутністю наступності між поліклінічною та стаціонарною медичною допомогою, неправильно обраною очікуваною тактикою, несправністю медичного обладнання та неготовністю санітарного транспорту до екстреного виклику, порушенням правил евакуації та транспортування хворих.

Фельдшер ШМД невчасно прибула за викликом до хворого Особа\_7, в якого був гіпертонічний криз, АТ 180/100мм/рт/ст. Вона не зробила ЕКГ, не проконсультувалась з лікарем, не забезпечила транспортування важко хворого на каталці або на ношах. Хворий йшов до машини ШМД самостійно, де майже одразу і помер від тромбоемболії легеневої артерії. (*висновок експерта № 44/2014, ОБСМЕЖОР*).

Недоліки амбулаторно-профілактичного нагляду були такими: поганий патронаж за пацієнтами, що перебували на диспансерному обліку, відсутність динамічного спостереження, не забезпечення явки хворого чи вагітної для планового медичного огляду, зволікання або відсутність скерування пацієнтів для надання спеціалізованої медичної допомоги тощо.

Медична сестра ФАПу погано здійснювала патронаж за немовлям Особа\_8: не проводила динамічні огляди, не фіксувала стан дитини у медичних документах, не діагностувала рахіт. Не повідомляла дільничного педіатра та сімейного лікаря, органи опіки про поганий догляд за дитиною з боку матері. Немовля Особа\_8 померло вдома від аліментарної дистрофії. (*висновок експерта № 103/2007, ТОБСМЕ*).

Серед дефектів у веденні медичної документації встановлені такі погіршеності: відсутність показників тиску, пульсу, частоти дихання, температури; відсутність або недостатність даних фізикальних методів обстеження;

неправдивість записів; розбіжності у показниках; незафіксованість часу клінічної смерті; відсутність даних моніторингового спостереження тощо.

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

Дефекти під час проведення медичних процедур включали порушення техніки, методики проведення цих процедур.

В гінекологічне відділення обласної лікарні для планового оперативного лікування поступили хворі Особа\_3, Особа\_4, Особа\_5. Медсестра відділення з метою підготовки до операцій поставила пацієнткам очисні клізми. Невдовзі стан жінок раптово різко погіршився, їх було терміново переведено до реанімаційного відділення, де поставлено діагноз отруєння невідомою речовиною. Через добу Особа\_3 та Особа\_4 померли за явищ гострої поліорганної недостатності. Особа\_5 стала інвалідом, у неї розвинулась енцефалополінейропатія з тетрапарезом. Медсестра помилково ввела клізми з похідним фенолу – гідрохіноном. (висновок експерта № 4/2008, ЧОБСМЕ).

Хворий районної лікарні Особа\_1, прооперований з приводу тромбофлебиту вен нижньої кінцівки, для ліквідації відчуття ознобу, лікар-анестезіолог наказав медсестрі зігріти кінцівку. Медсестра обложила ногу пластиковими пляшками з гарячою водою, чим заподіяла термічний опік II ст. понад 30% поверхні шкіри. (висновок експерта № 141/2013, ОБСМЕЖОР).

Недоліки до- або післяопераційного нагляду за хворими траплялись тоді, коли палатна медична сестра не попереджувала хворого про дотримання певного режиму перед чи після операції, не контролювала його, що викликало ускладнення з сумними наслідками.

Хворий Особа\_2 поступив на планову операцію гайморотомію. Не був попереджений лікуючим лікарем та палатною медсестрою про необхідність не вживати перед операцією їжу. За годину до операції пообідав. За 40 хв. після початку операції виникла аспірація шлункового вмісту. Хворий помер від набряку легень та головного мозку. (акт судово-медичного дослідження № 32/2011, ОБСМЕЖОР).

Помилковість у здійсненні лікарських призначень (у вивчених матеріалах зустрілась лише один раз) була пов'язана з відсутністю контролю медсестри педіатричного відділення за вчасністю введення лікарських засобів.

Таким чином, отримані дані свідчать, що найчастіше середні медичні працівники припускались лікувально-діагностичних та тактико-організаційних помилок. Значна кількість дефектів мала місце також і під час амбулаторно-профілактичного спостереження за хворими. Грубі помилки медсестер чи фельдшерів під час виконання медичних процедур чи недоліки перед- або післяопераційного догляду за пацієнтами хоча і траплялись рідше, проте, як правило закінчувались для хворих трагічно. Такі випадки ставали прикладом професійного недбальства, набували значного суспільного резонансу і, зазвичай, призводили до реальних судових вироків.

Проаналізована також і структура дефектної медичної допомоги, яка надавалась середнім медичним персоналом, відповідно до її якісних особливостей (недостатній обсяг медичної допомоги, несвоєчасність її, неправильність, ненадання), з розрахунком питомої ваги кожного такого типа неналежної медичної допомоги (рис. 2).



Рис. 2. Характеристика недоліків у професійній діяльності середнього медичного персоналу за якістю неналежної медичної допомоги.

Так, як видно з цієї діаграми, майже половина (45,3%) неналежної медичної допомоги, що надавалась середніми медичними працівниками, зумовлена недостатнім обсягом цієї допомоги. Несвоєчасність її надання припадає більш ніж на третину (33,3%) в її структурі, неправильність медичної допомоги - 14,3%, ненадання

медичної допомоги – 7,1%. Зазвичай неналежна медична допомога одному і тому ж пацієнту не зустрічалась як однотипна, а складалась з кількох дефектів одночасно і була, частіше за все, недостатньою та несвоєчасною.

Об'єктивні причини неналежного надання медичної допомоги середніми медичними працівниками були встановлені судово-медичними-експертними комісіями в 16 випадках (55,2%). Серед них: тяжкість стану та супутня патологія, запізниле звернення за меддопомогою чи відмова від госпіталізації, труднощі діагностики, нетиповий або швидкий перебіг патологічного процесу. Суб'єктивні причини були виявлені в 13 випадках (44,8% справ), коли підтверджувались некваліфіковані, з грубими порушеннями професіональних обов'язків чи посадових інструкцій дії середніх медичних працівників.

Таким чином, надання середнім медичним персоналом медичної допомоги з дефектами зумовлено як об'єктивними, так і суб'єктивними причинами практично в однаковій мірі. З іншого боку, як ми вже встановили раніше (V. Franchuk, (2016)), причинами помилкових дій лікарів, навпаки, є переважно об'єктивні чинники, і лише кожна п'ята лікарська справа зумовлена причинами суб'єктивними [6]. Отже, хибність у професійних діях середнього медперсоналу виникає не стільки від причин, які не можливо було передбачити, а, значною мірою, через особистісні якості медсестри або фельдшера - внаслідок невисокого рівня їх медичних знань або не кваліфікованості їх професійних умінь.

Виявлені недоліки медичної допомоги супроводжувались тяжкими для хворих наслідками в усіх випадках, зокрема: смерть пацієнта спостерігалась в 27 випадках (93,1%); заподіяння тяжкого тілесного ушкодження та тілесного ушкодження середнього ступеня тяжкості – по 1 випадку (6,9% разом).

Прямий причино-наслідковий зв'язок між неправильними діями середнього медичного персоналу та негативними наслідками був встановлений судово-медичними експертними комісіями в 4 випадках (13,8% справ).

### ВИСНОВКИ:

1. Кожне десяте кримінальне провадження, яке відкривається з приводу неналежного надання медичної допомоги, зумовлене різноманітними порушеннями професійних обов'язків з боку середнього медичного персоналу.

2. Фельдшера та медичні сестри частіше за все припускаються лікувально-діагностичних і тактико-організаційних помилок, а також дефектів амбулаторного-профілактичного нагляду за пацієнтами.

3. Недоліки у професійній діяльності середніх медичних працівників в половині випадків викликані суб'єктивними причинами - недостатнім рівнем їх кваліфікації.

### Література

1. **Москаленко В.Ф.**, Михайличенко Б.В. Медичне законодавство: правова регламентація лікарської діяльності. – К.: ВСВ «Медицина». – 2011. – 495 с.
2. **Личман Т. В.** Оглядовий аналіз комісійних судово-медичних експертиз. Визначення правильності надання медичної допомоги в ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України» / Т. В. Личман, А. В. Легедза, О. М. Дубровська // Судово-медична експертиза. – 2014. - № 1. – С. 79-82.
3. **Сенюта І. Я.** Дефекти надання медичної допомоги: поняття і види / І. Я. Сенюта // Медичне право. – 2017. - № 1. С. 55- 66.
4. **Martin A Makary**, Michael Daniel. Medical error—the third leading cause of death in the US. BMJ 2016; 353:i 21-39.
5. **Флоря В. Н.** Врачебная ошибка с тяжкими последствиями и её юридическая квалификация (сравнительно-правовой анализ) / В. Н. Флоря // Медицинское право. – 2014. - № 6 (58). – С. 44-47.
6. **Franchuk V. V.** Medical errors in clinical practice of physicians in Ternopil region (Ukraine). / V. V. Franchuk // International Journal of Medicine and Medical Research. – 2016. - № 2. – P. 34 – 36.
7. **Дерлюк М. Д.** Оцінка якості надання медичних послуг середнім медичним персоналом в умовах приватного медичного центру / М. Д. Дерлюк, Н. І. Рега // Медсестринство. - 2016. № 4. – С. 35-39.
8. **Матвейчик Т. В.** Сестринские ошибки как угроза безопасности пациентов [Електронний ресурс] / Т. В. Матвейчик // Медицинская сестра. – Електронні дані. – 2014. - № 8. – С. 45-50. - Режим доступу: <https://belmapo.by/assets/templates/files/oziz/oziz/sestrinskoe-delo/sestrinskie-oshibki.pdf> (дата звернення 19.09.2017). - Назва з екрана.
9. **Стороженко О. С.** Внимание: медсестринская ошибка! [Електронний ресурс] / О. С. Стороженко, А. И. Петрова // Медицинская сестра. – Електронні дані. – 2010. - № 1. – Режим доступу: <http://medsestra.rusvrach.ru/system/files/medsestra-2010-01-07.pdf> (дата звернення 19.09.2017). - Назва з екрана.

## СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА НЕНАДЛЕЖАЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, КОТОРАЯ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ

Франчук В. В., Мельник Н. Н., Зозуля В. М.

**Резюме.** В статье изучены особенности ненадлежащего оказания медицинской помощи средним медицинским персоналом на основании исследования комиссионных и комплексных экспертиз Тернопольского, Житомирского и Черновицкого областных бюро судебно-медицинской экспертизы, выполненных за 2007 – 2014 гг. в случаях нарушений профессиональных обязанностей медицинскими работниками. Недостатки в оказании медицинской помощи средними медицинскими работниками выявлены в 11,7% экспертиз по «врачебным делам». Медицинская помощь с дефектами оказывалась как правило фельдшерами и медицинскими сестрами, на догоспитальном этапе. Выделено 8 видов сестринских ошибок. Неправильные действия средних медицинских работников происходили чаще всего во время лечебно-диагностических и тактико-организационных мероприятий. Ненадлежащая медицинская помощь обычно предоставлялась в недостаточном объеме и несвоевременно. Почти половина случаев (44,8%) дефективной медицинской помощи было обусловлено субъективными причинами, связанными с невысоким профессионализмом медицинских сестер и фельдшеров. Ошибочные действия средних медицинских работников, которые находились в прямой причинно-следственной связи с тяжкими последствиями, констатированы в 13,8% случаев экспертиз.

**Ключевые слова:** недостатки медицинской помощи, сестринские ошибки, нарушения профессиональных обязанностей средними медицинскими работниками, анализ.

## FORENSIC-MEDICAL EVALUATION OF IMPROPER MEDICAL CARE, PROVIDED BY THE NURSING PERSONNEL

Franchuk V. V., Melnyk M. M., Zozulia V. M.

**Abstract.** A retrospective review of all alleged medical malpractice cases between 2007 and 2016 handled at Ternopil, Zhytomir and Chernivtsi Regional Bureaus of Forensic medical Examination, was performed. Peculiarities of improper medical care provided by nursing staff were studied on the base of the reports of Commission Forensic medical Examination. Lacks of health care provision committed by nurses were detected in 11,7% of the cases. The study showed that unjustifiable medical care occurred as usual in polyclinics and ambulatories. 8 types of nursing mistakes were determined. Unintentional medical care was confirmed by forensic medical expert commission as a rule in diagnostics, medical procedures or medical treatment. Insufficient or incomplete medical care provided by nursing personnel seemed more frequently. Nursing errors were caused by subjective reasons in almost 44,8% of the alleged medical malpractice cases. All these reasons were stipulated by poor quality of medical staff. Dereliction of duty by the nursing personnel that was strongly connected with causal relationship between the damage claimed by the patient and unskilful medical care was revealed in 13,8% of the cases.

**Key words:** medical malpractice, nursing mistakes, dereliction of duty by the nursing personnel.

**INTRODUCTION.** Nursing personnel always accompany a doctor during realization of preventive, medical diagnostic and rehabilitation practice. They can make mistakes during their professional practice, which leads to shortcomings in work and improper medical care. All cases of improper medical care, provided by the nursing personnel, are singled out in a special category called “nursing mistakes”. Features of this category were almost unexplored well until recent time.

According to this, the study aims to analyze expert peculiarities of improper medical care, provided by the nursing personnel. The analysis is based on evaluation of materials of forensic medical examination in alleged medical malpractice cases.

**Methods and materials.** According to the aim of the research, materials of all of commission and complex Forensic medical Examination in cases of medical malpractice handled at Ternopil, Zhytomir and Chernivtsi Regional Bureaus of Forensic medical Examination between 2007 and 2016 were studied. A total of 350 alleged medical malpractice cases were investigated by forensic medical experts of these establishments. Medical malpractice litigation were initiated against the medical practitioners of 10 Ukrainian regions (Ternopil, Khmelnytskyi, Zhytomyr, Volyn, Chernivtsi, Vinnytsia, Lviv, Rivne, Ivano-Frankivsk and Chernihiv). Statistical analysis, processing and visualization of data, which is presented in the paper, were performed by using the MS Excel 2016 table processor.

### RESULTS AND DISCUSSION

39 court cases were instituted against a mid-level medical personnel by investigators (11,1% out of the general amount of analyzed cases). Misconceptions and improper actions of the nursing personnel were revealed in 29 cases, which was 11,7% out of all studied doctor's cases. The mid-level medical workers usually made mistakes during providing medical care at the pre-hospital stage, that was found in 20 (69,0%) cases. Expert commissions revealed different defects in work of nursing personnel on the hospital stage in 12 cases (41,4%).

The following types of *shortcomings of the professional practice of nursing personnel* were singled out: therapeutic-diagnostic; tactic-organizational; shortcomings of outpatient and preventive surveillance (supervision); shortcomings

in organization of medical documentation; behavioral (deontological) mistakes; faults during medical procedures; shortcomings in preoperative and postoperative care; mistakes in medication prescriptions.

Therapeutic-diagnostic (found in 26,8 % of cases) and tactic-organizational mistakes (25,4% of cases) were the most often among the nursing personnel. Shortcomings of outpatient and preventive supervision were discovered in 16,4 % of cases, shortcomings in organization of medical documentation were found in 11,9 %. Deontological mistakes, faults during medical procedures, shortcomings in preoperative and postoperative care occurred in equal numbers, which was 6.0 % each. Expert commission found mistakes in medication prescriptions only in one case (1,5 %).

The structure of improper medical care provided by nursing personnel were also analyzed. Almost a half of it (45.3%) was due to the insufficient amount of this medical care. More than a third of the structure (33,3 %) is composed of not in time medical care, irregularity of medical care - 14,3 %, unprovided medical care - 7.1 %. As usual, improper medical care was insufficient and not in time.

Forensic medical expert commissions found objective reasons of the improper medical care provided by nursing personnel in 16 cases (55.2%). Subjective reasons were found in 13 cases (44,8%), when unskilled actions, grave violation of professional duties or job instruction of action for nursing personnel were found.

The revealed shortcomings of medical care were accompanied by severe consequences for patients in all cases, particularly: patient's death was registered in 27 cases (93.1%); the cause of grievous bodily harm and bodily harm of moderate severity - one case for each (6.9% together).

A direct causal relationship between inappropriate actions of the nursing personnel and the negative consequences were found in 4 (13.8%) cases.

#### CONCLUSIONS:

1. Nursing mistakes take place in every tenth alleged medical malpractice cases.
2. Diagnostic errors, unskillful application or use of widely-accepted medical procedures and institutional defects are revealed more frequently in nursing malpractice cases.
3. Severe consequences for the patients were confirmed in a half of nursing malpractice cases. The subjective reasons associated with poor quality of the medical personnel were detected in all of these cases.

УДК 616:562-345//23:12

## АНАЛІЗ МЕТОДІВ КІЛЬКІСНОЇ ОЦІНКИ ПОШКОДЖЕНЬ ДІЛЯНКИ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТУ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ В СУДОВО- СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

©Костенко Є.Я.<sup>1</sup>, Брехлічук П.П.<sup>2</sup>, Гончарук-Хомин М.Ю.<sup>1</sup>

Кафедра ортопедичної стоматології ДВНЗ «Ужгородський національний університет»  
Кафедра хірургічної стоматології, щелепно-лицевої хірургії та онкостоматології,  
стоматологічний факультет, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»  
Науково-навчальний центр судової стоматології ДВНЗ  
«Ужгородський національний університет»

**Резюме.** Постійне удосконалення галузі надання медичної допомоги в Україні обґрунтовує потребу розробки і відповідних підходів до оцінки якості проведених ятрогенних втручань та комплексу реабілітаційних заходів. Успішність лікування в значній мірі залежить саме від адекватності проведення первинної діагностики пацієнта чи потерпілого та відповідної реєстрації наявних у нього функціональних та структурних порушень на момент поступлення. Даний етап комплексної реабілітації, окрім того, відіграє важливу роль в ході проведення судово-стоматологічних експертиз, направлених на ідентифікацію факту лікарської помилки, встановлення відповідності надання медичної допомоги з урахуванням вихідних клінічних умов та кількісну оцінку ефективності лікувально-профілактичних заходів на етапі тривалого посттерапевтичного моніторингу. В ході проведеного ретроспективного аналізу публікацій було виокремлено наступні системи (алгоритми) кількісної оцінки пошкоджень щелепно-лицевої області в результаті травм різної етіології: Cooter-David Score, ISS, AIS, TRISS, MFISS, FFSS, ZS, AO/ASIF, FLOSID. Проведений аналіз систем кількісної оцінки параметрів травм щелепно-лицевої області свідчить про варіативність вищеописаних підходів з точки зору топографічного розподілу області інтересу, критеріїв щодо оцінки важкості функціонально-структурних порушень, а також відносно методологічного алгоритму власне заповнення відповідних реєстраційних карт чи комп'ютеризованих форм.

**Ключові слова:** судова стоматологія

**ВСТУП.** Постійне удосконалення галузі надання медичної допомоги в Україні обґрунтовує потребу розробки і відповідних підходів до оцінки якості проведених ятрогенних втручань та комплексу реабілітаційних заходів. Успішність лікування в значній мірі залежить саме від адекватності проведення первинної діагностики