

ОШИБКИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННОЙ СВЯЗИ ПОСЛЕДСТВИЙ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ С ТРАВМОЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГАЗОВОЙ ГАНГРЕНОЙ



ТУЧИК Е.С.,

д.м.н., профессор, главный внештатный специалист-эксперт по судебно-медицинской экспертизе Росздравнадзора, заведующий организационно-методическим отделом ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России, профессор кафедры судебной медицины ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, glavsudmed@mail.ru



ЛЯДОВА М.В.,

д.м.н., доцент, профессор кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, mariadoc1@mail.ru



КОЛУДАРОВА Е.М.,

д.м.н., ведущий научный сотрудник лаборатории морфологических исследований отдела морфологических судебно-медицинских экспертиз ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России, koludarova@rc-sme.ru

В статью приведены заключения трех комплексных судебно-медицинских экспертиз, выполненных в различных территориальных бюро судмедэкспертизы с целью определения причинно-следственной связи между качеством оказания медицинской помощи пациенту с поднадкостничным субкортикальным абсцессом лучевой кости и ампутацией верхней конечности. Показаны причины разночтений в заключениях экспертиз.

Ключевые слова: ушиб предплечья, патологический перелом, поднадкостничный абсцесс, анаэробная инфекция, качество оказания медицинской помощи, причинно-следственная связь, судебно-медицинская экспертиза, последствия вреда здоровью.

ERRORS IN DETERMINING THE CAUSAL RELATIONSHIP OF CONSEQUENCES WHEN PROVIDING MEDICAL CARE A PATIENT WITH AN UPPER LIMB INJURY, COMPLICATED BY GAS GANGRENE

Tuchik E., Lyadova L., Koludarova E.

The article presents the conclusions of three comprehensive forensic medical examinations performed in various territorial bureaus of forensic examination in order to determine the causal relationship between the quality of medical care for a patient with a subcortical subcortical abscess of the radius and amputation of the upper limb. The reasons for the discrepancies in the expert opinions are shown.

Key words: forearm contusion, pathological fracture, periosteal abscess, anaerobic infection, quality of medical care, causal relationship, forensic medical examination, consequences of harm to health.

Введение

Важным аспектом судебно-медицинской экспертизы (СМЭ), поводом для которой стала необходимость в оценке качества оказания медицинской по-

мощи, является установление ее причинно-следственной связи с наступившим исходом, связанным с лечением, тактикой ведения пациента, своевременностью и правильностью выполнения лечебно-диагностических мероприятий.

Определенные трудности при решении этих вопросов возникают в случаях развития заболевания или повреждения опорно-двигательного аппарата (ОДА) при осложнении инфекционной или неинфекционной природы. Это обусловлено тем, что классические маркеры воспаления (такие, как количественные показатели лейкоцитов и тромбоцитов, лейкоцитарная формула, лейкоцитарный индекс интоксикации СОЭ, уровень СРБ) имеют низкую специфичность и недостаточно надежны для ранней и точной диагностики септического состояния [1].

Особое место занимает анаэробная инфекция, которая относится к наиболее тяжелым и опасным осложнениям поврежденный ОДА, так как её развитие может быть обусловлено не только участием микробов рода *clostridium*, но и неклостридиальными формами анаэробов, которые при тяжелом течении гнойных заболеваний выявляются в 57,1–98,8% случаев [1, 2].

При запоздалом хирургическом лечении летальность при этом виде инфекции составляет 20,0–75,0% [2, 3, 4]. Преимущественно она наблюдается у лиц, получивших огнестрельные и минно-взрывные ранения в условиях военного времени, при техногенных катастрофах и террористических актах [5].

Статистические данные исследований последних военных конфликтов и техногенных катастроф показывают, что количество больных с клостридиальными формами анаэробной инфекции снижается [5, 6]. В мирное время анаэробная инфекция, по данным разных авторов, встречается в 0,15–1,76% случаев [7, 8, 9], и её развитие обусловлено наличием открытых загрязнённых земель ран. Газовая гангрена может наблюдаться у наркоманов при внутривенном введении нестерильных веществ – так называемой черной смолы [8, 9].

При развитии подобных осложнений их несвоевременные диагностирование и лечение рассматриваются самими пациентами либо их родственниками как ненадлежащее оказание медицинской помощи, что служит основанием для обращения в суды с целью возмещения материального и морального вреда здоровью. В этих случаях в основе судебного решения лежит, как правило, заключение комплексной СМЭ, устанавливающее причинно-следственную связь заболевания или травмы ОДА

с проведенными лечебно-диагностическими мероприятиями.

В качестве примера можно привести случай развития у пациентки Г. на фоне ушиба предплечья анаэробной инфекции с последующей ампутацией верхней конечности. По этому поводу (по материалам гражданского дела о возмещении вреда здоровью, причинённого вследствие оказания медицинской помощи) были проведены комплексные судебно-медицинские экспертизы в трех территориальных бюро СМЭ, чьи заключения содержали неоднозначные выводы о причинно-следственной связи ушиба предплечья с ампутацией верхней конечности (клинический пример см. ниже).

В связи с этим авторы поставили себе цель исследовать причины расхождения выводов комплексных заключений судебно-медицинских экспертиз при установлении причинно-следственной связи между переломом лучевой кости, развитием анаэробной инфекции и качеством проведенных лечебно-диагностических мероприятий. Для этого были проанализированы материалы гражданского дела и приобщенные к нему медицинские карты медучреждений (в которых истице оказывалась медицинская помощь по поводу ушиба предплечья), рентгенограммы предплечья, а также протокол патологоанатомического исследования биопсионного (операционного) материала.

Клинический пример

Пациентка Г., 67 лет. 21.01.2020 обратилась в травматологическое отделение городской поликлиники с жалобами на боли в левом предплечье. С ее слов, несколько дней назад она упала, но обращаться за медицинской помощью не стала. При осмотре: в области левого предплечья в средней трети – незначительный отек, при пальпации – незначительная боль. Движения ограниченные, болезненные. Расстройство чувствительности и кровообращения дистально не было. Пальцы физиологической окраски. Рентгенограмма: киста? патологический перелом средней трети левой лучевой кости. В анамнезе – онкозаболевание.

Диагноз: «закрытый перелом (патологический) средней трети левой лучевой кости без смещения». Ей была наложена гипсовая лангета, предложено явиться 23.01.2020 на контроль гипса, прописан кеторол (1 таблетка) при болях.

Из протокола рентгенологического исследования от 21.01.2020: краевой костный дефект лучевой кости в средней трети по типу краевого патологического перелома.

23.01.2020: жалобы на боли в левом предплечье, ухудшения не отмечает; гипсовая

фиксация в удовлетворительном состоянии, не сдавливает, отек умеренный, расстройств чувствительности и кровообращения дистально нет; пальцы физиологической окраски, движения в норме. Рекомендовано: продолжить прием кетарола при болях, контроль гипса. Назначена явка 03.02.2020.

26.01.2020: жалобы на боли в левом предплечье, онемение в пальцах левой кисти, отмечается усиление болей. Гипсовая фиксация – в удовлетворительном состоянии, в области пальцев и предплечья – невыраженный отек, пальцы физиологической окраски, повреждений кожных покровов нет. Диагноз тот же. Гипсовая фиксация ослаблена, края разведены. Под гипсом кожа не повреждена. Рекомендовано: возвышенное положение конечности, продолжить гипсовую фиксацию. Назначена явка 27.01.2020.

27.01.2020, 09:30: осмотр совместно с заведующим отделением. Жалобы на выраженную боль в левом предплечье, улучшение не отмечается. Гипсовая фиксация – в удовлетворительном состоянии, при снятии гипса – выраженный отек, уплотнение до средней трети левого предплечья. Движения в пальцах кисти ограничены. Кожа пальцев обычной окраски. Гиперемии, флюктуации не выявлено. Пульсация на лучевой артерии удовлетворительная. Контрольная рентгенограмма без изменений.

Диагноз: «патологический перелом метафизического характера? остеомиелит? средней трети лучевой кости; карпальный синдром; неврит лучевого, локтевого и срединного нервов». По *cito* большая Г. в сопровождении родственников направлена в ближайший стационар. Из протокола рентгенологического исследования предплечья: в гипсе – состояние отломков удовлетворительное.

27.01.2020, 12:30: пациентка Г. экстренно поступила в стационар с диагнозом «гематогенный остеомиелит левой лучевой кости; флегмона левого предплечья». В приемном отделении больная предъявляла жалобы на боли в области левого предплечья, отек, уплотнение тканей предплечья, повышение температуры, онемение левой кисти.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, сознание сохранено, ясное. Кожные покровы – чистые, сухие, нормальной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно – ясный, легочной звук. Дыхание ритмичное. Одышки, кашля нет. Тоны сердца – громкие, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 76 в мин., АД – 140/90 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, болезненный. Пальпация сигмовидной кишки – без особенностей. Печень по краю

реберной дуги безболезненная. Селезенка не пальпируется. Оправления не нарушены. Симптом «поколачивания» отрицательный, почки не пальпируются. Локально: утрата глубокой тактильной чувствительности левой кисти. Левое предплечье отечно, ткани инфильтрированы, «деревянной» плотности. Флюктуация умеренная. Контрактура левой кисти. На рентгенограмме предплечья – дефект надкостницы. Мягкие ткани имеют ячеистую структуру.

Предварительный диагноз: «посттравматический перелом средней трети предплечья от 10.01.2020; остеомиелит (нагноившаяся межмышечная гематома) левого предплечья. План обследования: по *cito* анализ крови (на гемоглобин, эритроциты, гематокрит, глюкозу), ЭКГ. План лечения: вскрыть гнойник.

Осмотр в отделении совместно с заведующим: жалобы на боли в левой руке, отеки, отсутствие чувствительности, движений. Локальный статус – левое предплечье, кисть: массивный отек, пальпаторно – крепитация тыла кисти, предплечья. Отсутствие чувствительности, движений пальцев кисти, наличие флюктуации.

Диагноз: «флегмона левого предплечья, кисти; посттравматический остеомиелит; сахарный диабет 2-го типа». План обследования: клинический минимум, ЭКГ, биохимический анализ крови, анализ крови на глюкозу, ПТИ, АЧТВ, МНО, рентгенография легких. План лечения: антибактериальная терапия, спазмолитики, анальгетики, антикоагулянты, H2-блокаторы, физиолечение, оперативное лечение по экстренным показаниям.

Рентгенография левого предплечья: наличие газа в мягких тканях предплечья вдоль костей предплечья; деструкция в средней трети диафиза лучевой кости. Заключение: остеомиелит лучевой кости.

27.01.2020, 16:00. Вскрытие флегмоны предплечья: под местной анестезией лидокаином в нижней трети левого предплечья произведен разрез. Выделилось до 80 мл жидкого зловонного гноя и газа. При ревизии: гнойный затек по ладонной поверхности до верхней трети предплечья субфасциально, влагалища мышц вскрыты. Наложены две дополнительные контрпелоты в средней и верхней третях с рассечением мышечных влагалищ предплечья. Санация гнойной полости. Дренаж. Посев на флору. Повязка с йодопионом.

Диагноз: «неклостридиальная флегмона (субфасциальная) левого предплечья; компартмент-синдром левого предплечья». PS. При вскрытии флегмоны отмечалось отсутствие кровоточивости мягких тканей.

Анализ крови: лейкоциты – $26,00 \times 10^6$ /л, эритроциты – $4,39 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 134,0 г/л, гематокрит – 40,3%, тромбоциты – $394,00 \times 10^9$ /л, относительное содержание лимфоцитов – 4,10%, относительное содержание смеси моноцитов, базофилов и эозинофилов – 1,80%, относительное содержание нейтрофилов – 94,10%, абсолютное содержание лимфоцитов – 1,10%, абсолютное содержание смеси моноцитов, базофилов и эозинофилов – 0,50%, абсолютное содержание нейтрофилов – 25,30%, сахар – 24,0 г/л.

28.01.2020: состояние больной Г. неудовлетворительное. Боли в левой руке сохраняются. Отек не уменьшается. Онемение кисти сохраняется. Незначительное посинение кожи IV пальца левой руки (по всей видимости, связано со сдавлением сосудистого пучка отеком мягких тканей). Пульс – 80 уд./мин., ритмичный. Планируется повторная санация гнойного очага левого предплечья, но в связи с загруженностью операционной оперативное вмешательство отложено.

Перевязка: повязки по внутренней поверхности пропитаны гноем. При ревизии ран внутренней поверхности предплечья после удаления резиновых выпускников выявлена полость на всем протяжении под фасцией с некрозом тканей по ходу сухожилий мышц. Имеется затек на ладонную поверхность кисти – разрез. Выделился гной (густой, с запахом) – посев. При ревизии: затек на тыл кисти – разрез – мутная жидкость. По передней поверхности в нижней трети видны участки некроза тканей, 2 разреза – ревизия – мутная жидкость в подкожной клетчатке. Дополнительно – контрапертура в верхней трети предплечья по внутренней поверхности с дренированием глубоких клетчаточных пространств предплечья: дренаж трубкой, двумя тампонами и резиновым выпускником. Другие раны после их туалета кровят рыхло. Дренаж с тубусом и резиновые выпускники – 4 шт. Повязки с йодопионом. Гипсовая лангета.

Диагноз: «гноино-некротическая флегмона левого предплечья; сахарный диабет; декомпенсация; интоксикационный синдром».

УЗИ сосудов верхних конечностей. Левое предплечье: лучевая артерия шириной 0,22 см прослеживается на всем протяжении, спектрограмма магистрального типа, тромбов не содержит. Локтевая артерия шириной 0,18 см видна в верхней и средней третях. В нижней трети из-за отека, послеоперационных ран локтевая артерия не видна.

29.01.2020. Из протокола МСКТ левого предплечья с контрастированием ультразвуком: в средней трети диафиза левой лучевой кости – участок деструкции протяжен-

ностью 5 мм; в канале костного мозга – газ; массивная межмышечная флегмона предплечья; лучевая артерия – без стеногического поражения; локтевая артерия окклюзирована в верхней трети.

В посеве содержимого мягких тканей предплечья выделена *Klebsiella pneumoniae* с массивным ростом.

01.02.2020. Отек предплечья не нарастает. При ревизии: дополнительных затеков на предплечье и кисти нет; некротические изменения пальцев кисти (кроме III) в виде отечного синдрома; кожа черная; чувствительности нет; движения в пальцах кисти отсутствуют; явление лимфангита в нижней трети предплечья по передней поверхности. Проведен туалет ран антисептиком, вставлен резиновый выпускник, и выполнено рыхлое тампонирующее глубокое клетчаточных пространств предплечья. Наложены повязки с йодопионом.

03.02.2020. Объективно: мышечная ткань предплечья слева – темной бурой окраски, при контакте не кровоточит; движения в пальцах кисти отсутствуют; истинная контрактура лучезапястного сустава. Пальцы черной окраски, чувствительность в них отсутствует, живая ткань кистей, предплечья отчетливо не определяется. Некроз мягких тканей на всю толщину руки, значительный отек нижней трети левого плеча.

С учетом состояния больной Г. с ней и ее родственниками проведена беседа о возможной ампутации левого плеча.

04.02.2020. Состояние Г. неудовлетворительное. Объективно: по руке – прежняя картина, контрактура лучезапястного сустава, отсутствие чувствительности до локтевого сустава. При ревизии: новых затеков нет. Пульс – 76 в мин., ритмичный. Сердечные тоны ритмичные. Живот – мягкий, безболезненный. Мочится достаточно. Стул – до 2 раз в день, полужидкий.

Произведена смена повязок с йодопионом.

Пациентка Г. дала согласие на радикальную операцию – ампутацию левой руки в нижней трети плеча (выполнена 06.02.2020).

Из результатов патологогистологического исследования операционного материала от 17.02.2020. Представлена ампутированная левая верхняя конечность на уровне верхней трети предплечья. Мягкие ткани кончиков пальцев – темно-серого цвета, тусклые. Кожный покров – с явлениями мацерации. На тыльной поверхности предплечья и ладони – до 8 линейных разрезов с дренажами и полихлорвиниловой трубкой, фиксированной лигатурами к коже. На разрезе – сосуды, спавшиеся с явлениями некроза. Мышцы – отечные, цвета вареного мяса с гнилостным запахом.

Диагноз: «мягкие ткани в состоянии некроза и гангренозного воспаления; атеросклероз стенок артерии».

20.02.2020 больная Г. выписана из стационара. Окончательный клинический диагноз: «острый гематогенный остеомиелит левой лучевой кости; гнилостная субфасциальная гнойно-некротическая флегмона левого предплечья, кисти; некрозы мягких тканей левого предплечья, кисти; компартмент-синдром; тромбоз левой локтевой артерии; сахарный диабет 2-го типа, декомпенсация, инсулинотребный».

Результаты комплексных судебно-медицинских экспертиз

По данному случаю было проведено три комплексные судебно-медицинские экспертизы. Для анализа использованы одни и те же медицинские документы.

Согласно заключению *первой экспертизы*, проведенной в областном бюро СМЭ (сентябрь 2020 г.) по месту жительства истицы с участием главных специалистов областного органа здравоохранения, стандартное обследование пациентки Г. в травматологии поликлиники было проведено в достаточном объеме, гипсовая лонгета наложена обоснованно, а развитие флегмоны связано со сдавлением мягких тканей предплечья гипсовой лонгетой, что привело к неблагоприятному исходу в виде ампутации предплечья.

Вторая экспертиза (июль 2022 г.), проведенная в другом территориальном (краевом) бюро СМЭ с участием докторов медицинских наук соответствующих профильных кафедр медицинского университета, делает вывод, что при осмотре врачом-травматологом поликлиники каких-либо достоверных признаков травматического воздействия (травматических меток, повреждения мягких тканей предплечья, нарушения целостности кости) зафиксировано не было. Значит, диагноз «перелом диафиза лучевой кости» во внимание приниматься не может. Из-за отсутствия достоверного диагноза судить о своевременности обращения пациентки Г. за медицинской помощью не представляется возможным. Экспертная комиссия не исключила развитие у нее ишемического поражения конечности уже в момент обращения в поликлинику за медицинской помощью.

Исходя из выводов экспертизы, в стационаре диагноз был установлен обоснованно, подтвержден объективными данными, а врачи верно избрана хирургическая тактика лечения, однако в данном случае для адекватной ревизии и дренирования гнойного очага наложения контрапертур, как прави-

ло, недостаточно. Такая распространенность патологического процесса является показанием для наложения «лампасных» разрезов, и антибиотикотерапия была неадекватной. По мнению экспертов, все эти недостатки лечения в совокупности привели к ухудшению состояния. Причиной развития флегмоны был гематогенный путь инфицирования на фоне ушиба предплечья, при этом неблагоприятный исход обусловлен несвоевременным хирургическим лечением, недостаточной обширной фасциотомией при первичной обработке и невыполнением тромбэктомии.

В связи с неполнотой экспертных выводов в декабре 2023 г. истица обратилась к специалистам кафедры судебной медицины одного из ведущих московских медицинских вузов, которые без участия врачей клинического профиля дали консультативное заключение, где указывалось, что пациентке Г. «на амбулаторном этапе лечения было выполнено лишь ослабление гипсовой лонгеты, в то время как при нарастании симптомов сдавления уже требовалась срочная фасциотомия». Однако разрезы на предплечье были выполнены лишь в хирургическом отделении стационара с несоблюдением требований по объему рассечения фасций, что способствовало прогрессированию некроза тканей и потребовало в дальнейшем проведения ампутации конечности. Поэтому между ненадлежащим хирургическим лечением и наступившими последствиями имеется прямая причинно-следственная связь.

Третья экспертиза была проведена в апреле 2024 г. в одном из федеральных учреждений СМЭ с участием специалистов в области травматологии и гнойной хирургии ведущих московских медицинских вузов, а специалист-рентгенолог был привлечен из поликлиники. Он повторно изучил рентгенограммы левого предплечья и установил, что на рентгенограммах левого предплечья с захватом лучезапястного сустава от 20.01.2020 и 27.01.2020 «на уровне средней 1/3 диафиза лучевой кости – очаг разрежения костной структуры с нечеткими контурами размерами 17×5 мм и с нечеткостью кортикального слоя на этом уровне недостаточно ясного генеза, что могло свидетельствовать о наличии у пациентки перелома левой лучевой кости, остеомиелита или их сочетания, а также о патологическом переломе на фоне метастазов в кости». В выводах экспертизы указано, что «в протоколе патологоанатомического исследования ампутированного 06.02.2020 левого предплечья характер изменений костных структур также не указан, и точно определить характер дефекта костных структур

левой лучевой кости (перелом, остеомиелит, перелом с остеомиелитом, патологический перелом на фоне метастазов в кости) не представляется возможным».

То есть ретроспективный анализ данного клинического примера свидетельствует, что предварительный диагноз, установленный пациентке Г. в поликлинике, мог быть верным, но однозначно определить характер дефекта костных структур левой лучевой кости (перелом, остеомиелит, перелом с остеомиелитом, патологический перелом на фоне метастазов в кости) не представляется возможным. Поэтому невозможно достоверно установить, какие телесные повреждения имелись у Г. на момент первичного обращения в поликлинику.

Диагнозы, установленные в стационаре, были верными, и хирургическое лечение было адекватным, обоснованным и соответствовало тяжести заболевания. Однако хирургическое лечение компартмент-синдрома левого предплечья было проведено не в полном объеме и несвоевременно, что повлекло за собой ампутацию левой верхней конечности.

Комиссия посчитала, что с учетом имеющихся медицинских данных и достаточно агрессивного инфекционного агента *«убедительно утверждать, что при своевременном установленном диагнозе удалось бы избежать неблагоприятных последствий, будет ошибочным, ввиду чего, несмотря на многочисленные дефекты при оказании медицинской помощи истце, прямой причинно-следственной связи между выявленными дефектами и неблагоприятными последствиями не усматривается».*

Несмотря на то, что в вопросе установления истинного клинического диагноза и правильности лечения пациента заключение третьей экспертизы носило противоречивый и предположительный характер, суд отказал истце в возмещении ей материального и морального вреда здоровью.

Приведенный клинический пример показал несостоятельность всех проведенных комплексных экспертиз, а их разночтения обусловлены тем, что не были соблюдены обязательные требования нормативных правовых актов [10, 11], регламентирующих единый методологический подход к формированию экспертных выводов, включающий их научное обоснование диагностического процесса и мотивированность в виде объективности, всесторонности и полноты исследований. В данном случае при наличии диагноза «киста? патологический перелом средней трети левой лучевой кости», который должен был оцениваться как

осложнение основного заболевания, врач-травматолог тем не менее не предпринял надлежащих мер по его уточнению, что не позволило определить адекватную лечебную тактику ведения пациентки. К тому же на первичной рентгенограмме лучевой кости была явная картина деструкции костной ткани с вовлечением надкостницы, что давало основание заподозрить субкортикальное поражение лучевой кости по типу абсцесса Броди.

Необходимо отметить, что краевой костный дефект лучевой кости в средней трети по медиальному краю и рентгенологическая картина исключают травматический характер его образования. Вероятнее всего, врачом-травматологом поликлиники была переоценена роль травмы в анамнезе из-за отсутствия уточнения ее характера, которая могла либо спровоцировать развитие гнойного процесса, либо явиться манифестом при уже развившемся абсцессе. Таким образом, неустановленный в поликлинике правильный клинический диагноз и вследствие этого неадекватная тактика ведения пациентки привели к прогрессированию воспалительного процесса и развитию миофасциального компартмент-синдрома, характер и тяжесть течения которых к моменту госпитализации в стационар определили неблагоприятный исход (ампутацию конечности) – независимо от проводимых диагностических и лечебных мероприятий в стационаре. То есть имеется четкая причинно-следственная связь между оказанной медицинской помощью пациенту в условиях поликлиники и развитием последствий причиненного вреда здоровью.

Заключение

При проведении комплексных судебно-медицинских экспертиз причинно-следственная связь между качеством оказания медицинской помощи пациенту с заболеваниями ОДА и наступлением последствий может быть правильно сформулирована только при соблюдении единого методологического подхода к формированию экспертных выводов, а также при неукоснительном выполнении клинических рекомендаций, которые по решению Пленума Верховного Суда Российской Федерации являются обязательными для применения [12].

Литература

