

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	6
Участники издания.....	7
Список сокращений и условных обозначений	10
Глава 1. Организация травматолого-ортопедической помощи	12
Амбулаторная травматолого-ортопедическая помощь.....	13
Стационарная травматолого-ортопедическая помощь.....	15
Организационно-методическая работа травматологов-ортопедов	16
Глава 2. Правовой статус врача травматолога-ортопеда	18
Понятие	18
Элементы.....	18
Глава 3. Методы обследования травматолого-ортопедических больных. Принципы доказательной медицины в травматологии и ортопедии	40
Опрос больного	40
Осмотр больного	41
Пальпация	42
Перкуссия и аускультация.....	42
Определение объема движений в суставах	42
Измерение длины и окружности конечностей	44
Определение силы мышц	45
Лабораторные исследования	46
Инструментальные исследования	47
Функциональные методы исследования	50
Неинвазивные методы регистрации деформаций	56
Артроскопия	58
Принципы доказательной медицины в травматологии и ортопедии	59
Глава 4. Обезболивание пациентов с травмами опорно-двигательной системы	77
Патофизиологические механизмы соматогенных болевых синдромов	78
Патофизиологические механизмы нейрогенных болевых синдромов	80
Выбор методики анестезии и методы обезболивания	83
Стратегия лечения послеоперационной боли	84
Оценка боли и документация	84
Глава 5. Повреждения мягких тканей опорно-двигательной системы	89
Закрытые повреждения мягких тканей.....	89
Открытые повреждения мягких тканей	117
Глава 6. Вывихи	123
Вывихи ключицы	125
Вывихи верхней конечности.....	128
Вывихи нижней конечности	145
Глава 7. Переломы костей	154
Основные типы переломов костей скелета	155
Политравма	165
Клиническая картина и диагностика переломов	166
Общие принципы лечения переломов.....	167
Основные периоды лечения.....	170
Консервативное лечение	170
Оперативное лечение переломов	172

Меры активизации репаративной регенерации после репозиции и фиксации отломков.....	173
Лечение переломов в функциональном периоде	179
Нарушение заживления переломов	182
Чрескостный остеосинтез в лечении травматологических больных.....	186
Чрескостный остеосинтез при множественных переломах	202
Лечение открытых переломов методом чрескостного остеосинтеза.....	205
Глава 8. Переломы костей верхней конечности	222
Перелом ключицы.....	222
Перелом лопатки.....	226
Переломы плечевой кости	229
Переломы костей предплечья.....	245
Переломы проксимального отдела костей предплечья.....	246
Переломы головки лучевой кости	246
Переломы локтевого отростка.....	249
Переломы венечного отростка	250
Осложненные переломы проксимального отдела костей предплечья.....	251
Переломы костей кисти.....	260
Переломы костей запястья.....	262
Переломы ладьевидной кости	262
Переломы других костей запястья.....	268
Переломы пястных костей	276
переломы фаланг пальцев кисти	280
Глава 9. Переломы костей нижней конечности	284
Анатомия.....	284
Переломы бедренной кости	285
Переломы надколенника.....	311
Переломы голени	312
Переломы лодыжек.....	325
Переломы костей стопы	329
Перелом пяточной кости.....	331
Переломы таранной кости	334
Переломы плюсневых костей	339
Глава 10. Травмы грудной клетки	340
Пневмоторакс	350
Гемоторакс.....	355
Ушиб сердца	361
Другие повреждения органов грудной клетки	364
Глава 11. Повреждения позвоночника	371
Классификация неврологического статуса	372
классификации повреждений верхнешейного отдела позвоночника	374
Повреждения грудного и поясничного отделов позвоночника	422
Глава 12. Повреждения таза и тазовых органов.....	448
Повреждения тазовых органов.....	468
Глава 13. Особенности травматологии детского возраста	516
Глава 14. Эндоскопические технологии в травматологии.....	531
Артроскопия плечевого сустава	531
Артроскопия локтевого сустава.....	542
Артроскопия кистевого сустава.....	551
Артроскопия тазобедренного сустава.....	555
Артроскопия коленного сустава.....	560
Артроскопия голеностопного сустава.....	583

Глава 15. Эндопротезирование суставов при травмах опорно-двигательной системы	589
Эндопротезирование тазобедренного сустава при переломах шейки бедренной кости	590
Эндопротезирование при переломах в области плечевого сустава	604
Эндопротезирование при переломах суставных концов локтевого сустава	611
Глава 16. Реконструктивные микрохирургические операции в травматологии	618
Реконструктивные микрохирургические вмешательства у пострадавших с травмами верхней конечности	618
Микрохирургические операции раннего замещения дефектов тканей кисти	631
Реконструктивные микрохирургические вмешательства у пострадавших с травмами нижней конечности	648
Раннее замещение обширных дефектов тканей у пострадавших с травмами нижней конечности	656
Глава 17. Множественные повреждения (политравма) опорно-двигательной системы. Травматическая болезнь	679
Статистика, актуальность, исторический экскурс, организация системы оказания помощи пострадавшим	681
Оценка тяжести политравм	682
Этапы оказания помощи при политравме	683
Травматическая болезнь	711
Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при повреждениях опорно-двигательной системы	720
Глава 18. Медицинская реабилитация пациентов травматологического профиля	726
Восстановительное лечение пациентов с ранами, ожогами, рубцами	730
Восстановительное лечение пациентов с ушибами, гематомами, гемартрозом	730
Восстановительное лечение пациентов с повреждениями суставных капсульно-связочных структур	732
Восстановительное лечение пациентов с пероститами, тендинитами, тендовагинитами	733
Восстановительное лечение пациентов с бурситами, синовиитами, артритами	734
Восстановительное лечение пациентов с вывихами	735
Восстановительное лечение пациентов с переломами костей	735
Восстановительное лечение пациентов с переломами костей с замедленной консолидацией	738
Гравитационная терапия — новое направление в восстановительном лечении больных с повреждениями опорно-двигательной системы	739
Гравитационная терапия в травматологии	743
Глава 19. Сроки нетрудоспособности при травмах и заболеваниях опорно-двигательной системы	745
Список рекомендуемой литературы	775
Предметный указатель	777

Глава 1

Организация травматолого-ортопедической помощи

Организационные принципы оказания медицинской помощи пациентам с ортопедическими заболеваниями и травмами опорно-двигательной системы определены Федеральными законами и приказами Министерства здравоохранения России. Основным документом, регламентирующим деятельность системы здравоохранения, является Федеральный закон РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации». В нем отражены положения о работе учреждений здравоохранения, врачей, их права и обязанности, а также права и обязанности пациента. Кроме этого, рядом приказов определены положения, регулирующие оказание медицинской помощи населению.

- Этический кодекс российского врача. Утвержден 4-й конференцией Ассоциации врачей России (Москва, ноябрь 1994 г.).
- Федеральный закон РФ от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 № 1584 «Об утверждении Правил ОМС».
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи».
- Постановление Правительства РФ от 4.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

Подготовка специалистов травматологов-ортопедов регулируется приказом Министерства образования и науки РФ от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры».

Вопросы оказания медицинской помощи населению при поражениях опорно-двигательной системы в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения регулирует приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31.03.2010 № 201н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при травмах и заболеваниях

костно-мышечной системы». В нем отражены структура профильных лечебных учреждений, их оснащение, штатное расписание и функции сотрудников травматолого-ортопедических подразделений.

АМБУЛАТОРНАЯ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Бытовые травмы составляют в структуре повреждений до 65–69%. Второе место занимают уличные травмы, на их долю приходится 18–20%. Травмы, связанные с производственной деятельностью, занимающие третье место в структуре травматизма, составляют всего 4–6% (4,8% у мужчин и 3,1% у женщин). Четвертое место (3–4%) занимают прочие повреждения, которые не были классифицированы по видам травматизма. На транспортные и спортивные травмы, занимающие пятое и шестое места, приходится 1,9 и 1,1% соответственно. Структура травматизма по его видам практически не подвержена гендерному влиянию.

В структуре травматизма по характеру повреждений более часто регистрируются ушибы, поверхностные травмы без повреждения кожных покровов, которые составляют 26,5%, или 30,6%. Второе место в структуре занимают переломы костей, составляющие 18,6 случая на 1000 взрослого населения, или 21,5%, среди которых до 85% приходится на переломы костей конечностей. Третье место в структуре травматизма занимают открытые раны и травмы кровеносных сосудов (15,9%, или 18,4% общего числа всех травм). Четвертое место среди зарегистрированных травм принадлежит вывихам, растяжениям, травмам мышц и сухожилий. Показатель этого вида повреждений – в среднем 10,8 на 1000 взрослого населения, или 12,4%. Внутрочерепным травмам (без переломов костей черепа) отводится пятое место, они составляют 3,3%, или 3,8%, а вместе с переломами черепа – 5,1%. Шестое ранговое место в структуре травматизма (2,4%) принадлежит ожогам. В структуре распространенностей болезней костно-мышечной системы среди взрослого населения 41,5% составляет патология позвоночника (деформирующие дорсопатии – 31,1%, показатель заболеваемости – 41,6%, и дорсалгии 10,4% с показателем 13,0%). Второе место занимают артрозы – 21,9%, частота регистрации 29,2%.

Организация амбулаторной поликлинической помощи населению предусматривает решение следующих основных задач:

- 1) оказание первой квалифицированной помощи больным с повреждениями и заболеваниями костно-мышечной системы;
- 2) обеспечение дальнейшего амбулаторного лечения таких больных, включая обслуживание на дому и использование методов реабилитации;
- 3) экспертиза временной нетрудоспособности больных с травмами и ортопедическими заболеваниями;
- 4) раннее выявление заболеваний костно-мышечной системы путем проведения профилактических осмотров;
- 5) диспансерное обслуживание больных с последствиями травм и заболеваниями костно-мышечной системы;
- 6) анализ отдаленных результатов лечения больных с травмами и ортопедическими заболеваниями, лечившихся амбулаторно;
- 7) организация преемственности в работе между лечебно-профилактическими учреждениями и стационаром.

Оказание амбулаторной травматолого-ортопедической помощи взрослому и детскому населению осуществляется в травматолого-ортопедических отделениях (кабинетах) поликлиник. Показаниями к лечению в таком кабинете являются:

14 ТРАВМАТОЛОГИЯ

- небольшие неинфицированные раны мягких тканей при удовлетворительном общем состоянии пострадавшего;
- травмы туловища — единичные переломы ребер без повреждения плевры; ушибы грудной клетки, позвоночника и др.; поверхностные непроникающие раны мягких тканей;
- повреждения плечевого пояса и верхних конечностей — раны мягких тканей без повреждения сухожилий, мышц, нервных стволов и крупных сосудов; ушибы; растяжения связочного аппарата плечевого, локтевого, лучезапястного и межфаланговых суставов; закрытые переломы костей, не требующие хирургического вмешательства;
- повреждения нижних конечностей — мягких тканей без повреждения сухожилий, мышц, нервных стволов и крупных сосудов; ушибы; растяжения связочного аппарата тазобедренного, коленного и голеностопного суставов, не осложненные гемартрозом; переломы надколенника без смещения; изолированные переломы малоберцовой кости; изолированные переломы лодыжек голени без смещения или со смещением фрагментов, легко поддающиеся репозиции и удержанию; переломы костей предплюсны и плюсневых костей без смещения отломков.

Больные с последствиями травм и заболеваний костно-мышечной системы подлежат диспансеризации. Основными принципами диспансеризации являются:

- раннее активное выявление больных, тщательный их учет и регистрация;
- систематическое динамическое наблюдение в период амбулаторного лечения, после выписки из стационара, планомерное оздоровление, своевременная госпитализация, санаторно-курортное лечение, протезирование;
- предупреждение инвалидности и социальной декомпенсации, мероприятия по медицинской и социальной реабилитации;
- санитарное просвещение больных и членов их семей.

Эти принципы диктуют организационные формы диспансерного наблюдения, которые в зависимости от возраста больных и их заболеваний различны, но они должны обеспечивать:

- учет больных, их динамическое наблюдение, изучение заболеваемости;
- активное выявление больных на ранней стадии заболевания, тесную взаимосвязь с участковыми терапевтами, хирургами, врачами других специальностей;
- анализ отдаленных результатов лечения больных с травмами и ортопедическими заболеваниями.

Первый этап в организации диспансерного обслуживания больных травматолого-ортопедического профиля — отбор пациентов с патологическими изменениями костно-мышечной системы. Такой отбор может быть осуществлен из числа больных, обращающихся в лечебные учреждения за медицинской помощью, а также при проведении профилактических осмотров населения.

В связи с этим особое внимание следует уделять организации профилактических осмотров новорожденных в родильных отделениях больниц с целью выявления врожденных деформаций. Такие осмотры должны проводить врачи-педиатры палат новорожденных или акушеры, обученные методике ранней диагностики врожденных заболеваний костно-мышечной системы.

Дети дошкольного возраста должны проходить профилактические осмотры у травматологов-ортопедов не реже 1 раза в год, обязательно в возрасте 3 лет (перед поступлением в дошкольное учреждение), в возрасте 5 лет (за год до поступления в школу), в 6 лет (перед школой).

Дети школьного возраста осматриваются в 7 лет (в конце 1-го года обучения), в 10–11 лет (при переходе к предметному обучению), в 14–15 лет (перед окончани-

ем 9-го класса). Подростки осматриваются травматологом-ортопедом в возрасте 16–17 лет (перед окончанием школы).

Диспансерному наблюдению подлежат также дети при наличии у них заболеваний и деформаций костно-суставного аппарата, в их числе:

- врожденные системные и локальные нарушения развития костно-суставного аппарата (несовершенный хондрогенез, несовершенный остеогенез, артрогрипоз, недоразвитие и дефекты конечностей, фиброзная остеодисплазия, дисплазия тазобедренного сустава, вывих бедра, косолапость, кривошея и др.);
- сколиоз и нарушения осанки;
- последствия полиомиелита, требующие ортопедического лечения;
- последствия травм (внутрисуставные переломы, последствия повреждений сухожилий, остеомиелит);
- ампутационные культы конечностей;
- остеохондропатии;
- спастические параличи, требующие ортопедического лечения;
- воспалительные заболевания костно-суставного аппарата (туберкулез, ревматоидный полиартрит) и их последствия — контрактуры и анкилозы в порочном положении, патологические вывихи, подвывихи и др.

Взрослые с перечисленными выше последствиями травм подлежат периодическому осмотру не реже 1 раза в 3 мес до восстановления трудоспособности или рационального трудоустройства.

Больные после ампутации конечностей в течение первого года подлежат осмотру не менее 1 раза в 3 мес. После протезирования и рационального трудоустройства этих больных при отсутствии пороков культы осматривают 1 раз в год.

Больные с последствиями воспалительных заболеваний костей и суставов и дегенеративно-дистрофическими поражениями суставов и позвоночника должны осматриваться 1 раз в 3 мес до стабилизации процесса. Больные с ревматоидным артритом, не нуждающиеся в ортопедическом лечении, состоят на диспансерном учете у врача-ревматолога и осматриваются ортопедом 1 раз в 6 мес.

Консультативно-диагностические поликлиники осуществляют организационно-методическую работу в обслуживаемом регионе по вопросам диагностики и лечения больных травматолого-ортопедического профиля, ведут санитарно-просветительскую деятельность.

СТАЦИОНАРНАЯ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Специализированные травматологические койки развернуты во всех регионах страны. Обеспеченность населения травматологическими койками составляет 3,5 на 10 000 взрослого населения со значительными колебаниями — от 1,7 до 7,5 на 10 000 населения.

Обеспеченность специализированными детскими койками колеблется от 0,3 до 5,0 на 10 000 детского населения, составляя в среднем 1,6. Подавляющее большинство специализированных детских травматологических коек (свыше 95%) развернуты в городских и областных детских многопрофильных клинических больницах и только 4,8% — в центральных районных больницах.

Стационарная медицинская помощь — самый высокотехнологичный и ресурсозатратный вид медицинской помощи, на нее расходуется до 80% всех ресурсов здравоохранения. В связи с этим важнейшим аспектом ее развития является максимальная рационализация.

Для дальнейшего совершенствования травматологической и ортопедической помощи необходимо укрупнять существующие маломощные специализированные

отделения за счет перепрофилирования имеющегося коечного фонда. Для улучшения травматолого-ортопедической помощи и приближения ее к сельскому населению организованы специализированные межрайонные отделения на базе крупных центральных районных больниц.

В связи с изменяющейся структурой травм в многопрофильных больницах, расположенных в городах с населением не менее 500 тыс. человек, целесообразно организовывать отделения множественной и сочетанной травмы. Опыт таких уже существующих отделений показал, что летальность и неблагоприятные последствия в них ниже, чем в обычных травматологических отделениях.

Один из возможных путей — организация дневных стационаров, которые создаются в составе республиканских, краевых, областных, городских многопрофильных больниц, поликлиник. Дневные стационары оказывают помощь больным травматолого-ортопедического профиля, не нуждающимся в круглосуточном медицинском наблюдении. Основная задача дневного стационара — обеспечение в амбулаторных условиях квалифицированной лечебно-диагностической, консультативной и реабилитационной помощи. Показания для направления больных в дневной стационар следующие:

- необходимость врачебного наблюдения на протяжении определенного времени в связи с возможными неблагоприятными реакциями после этапной гипсовой коррекции, наложения, смены или снятия гипсовой повязки;
- установление и/или уточнение диагноза заболевания, требующее проведения комплексного обследования в течение длительного времени;
- необходимость проведения сложных диагностических исследований, требующих определенной подготовки;
- необходимость выполнения лечебных манипуляций, выполняемых врачами в амбулаторных условиях (перевязки послеоперационных ран, внутрисуставное введение лекарственных препаратов, пункция суставов, диагностическая биопсия и др.);
- выполнение малоинвазивных оперативных вмешательств (закрытая репозиция отломков с транскутанной фиксацией спицами, закрытый чрескостный остеосинтез костей голени, пункционное лечение кист костей);
- диагностическая артроскопия и ангиография (в дневных стационарах при республиканских, краевых, областных поликлиниках консультативно-диагностической помощи);
- проведение курса реабилитационного и восстановительного лечения с использованием лечебной гимнастики, массажа, тепловых процедур и др.;
- необходимость динамического наблюдения за больным после выписки из стационара круглосуточного пребывания.

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ РАБОТА ТРАВМАТОЛОГОВ-ОРТОПЕДОВ

Особая роль в развитии специализированной травматолого-ортопедической медицинской помощи принадлежит главным травматологам-ортопедам. Их основные задачи: разработка и проведение мероприятий, направленных на профилактику травм и заболеваний костно-мышечной системы, совершенствование, повышение эффективности и качества травматолого-ортопедической помощи в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях, внедрение в практику лечебно-профилактических учреждений новейших методов диагностики и лечения больных в целях восстановления здоровья, снижения заболеваемости, в том

числе временной утраты трудоспособности, инвалидности и смертности населения.

В круг обязанностей главного травматолога-ортопеда входят вопросы по дальнейшему совершенствованию диспансерного метода обслуживания больных с травмами и костно-мышечными заболеваниями; внедрению в практику работы учреждений здравоохранения прогрессивных форм и методов организации лечебно-профилактической работы в области травматологии и ортопедии; повышению квалификации травматологов-ортопедов с использованием различных форм и методов применительно к требованиям и очередным задачам практики здравоохранения.

Одной из основных организационно-методических функций главного специалиста является анализ официальной статистической отчетности и использование этих данных в работе по улучшению и совершенствованию организации специализированной помощи. Огромное значение имеет изучение потребности лечебно-профилактических учреждений в современной диагностической и лечебной аппаратуре, оборудовании и лекарственных препаратах.

Для оценки состояния травматолого-ортопедической помощи используются следующие показатели:

- травматизм и заболеваемость костно-мышечными болезнями (на 1000 населения);
- травматизм (заболеваемость) с временной утратой трудоспособности (на 1000 работающих);
- инвалидность (на 10 000 населения);
- смертность (на 100 000 населения);
- среднее число дней занятости койки в году;
- оборот койки;
- средняя длительность пребывания больного в стационаре;
- среднее время простоя койки;
- показатель летальности;
- обеспеченность кадрами — врачами, средним медицинским персоналом (на 10 000 населения);
- показатель укомплектованности штатных должностей;
- коэффициент совместительства.

Глава 2

Правовой статус врача травматолога-ортопеда

ПОНЯТИЕ

Правовой статус врача травматолога-ортопеда — это юридически закрепленная совокупность гарантированных государством профессиональных свобод, прав, а также обязанностей и ответственности травматолога-ортопеда как субъекта оказания медицинской помощи населению при травмах и заболеваниях костно-мышечной системы.

Правовой статус юридически закрепляется в законодательных, подзаконных и локальных нормативно-правовых актах. Особого внимания заслуживает Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Федеральный закон № 323-ФЗ).

ЭЛЕМЕНТЫ

Элементами правового статуса врача травматолога-ортопеда являются:

- 1) профессиональная правосубъектность (правоспособность, дееспособность, деликтоспособность);
- 2) принципы правового статуса;
- 3) профессиональные свободы, права и обязанности;
- 4) гарантии реализации правового статуса.

Профессиональная правосубъектность (правоспособность, дееспособность, деликтоспособность)

Профессиональная правосубъектность включает в себя правоспособность, дееспособность и деликтоспособность врача травматолога-ортопеда.

Правоспособность врача травматолога-ортопеда — это его способность иметь права и нести обязанности в профессиональной сфере, признанные действующим правом.

Момент возникновения профессиональной правоспособности врача определяется в соответствии со ст. 69 Федерального закона №

323-ФЗ. В эту статью внесены изменения Федеральным законом от 2 июля 2021 г. № 312-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Настоящий Федеральный закон вступает в силу по истечении девяноста дней после дня его официального опубликования. Так, ч. 1 ст. 69 изложена в следующей редакции: «Право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации и прошедшие аккредитацию специалиста».

В ч. 2.1 слова «свидетельство об аккредитации специалиста» заменены словами «прошедшие аккредитацию специалиста»: «Педагогические и научные работники, имеющие сертификат специалиста либо прошедшие аккредитацию специалиста, осуществляющие практическую подготовку обучающихся в соответствии со статьей 82 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», а также научные работники, имеющие сертификат специалиста либо свидетельство об аккредитации специалиста, осуществляющие научные исследования в сфере охраны здоровья, вправе осуществлять медицинскую деятельность. На педагогических и научных работников при осуществлении ими медицинской деятельности распространяются права, обязанности и ответственность медицинских работников».

В ч. 3 ст. 69 Федерального закона № 323-ФЗ, в частности, отмечено, что аккредитация специалиста — процедура определения соответствия лица, получившего медицинское, фармацевтическое или иное образование, требованиям к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности либо фармацевтической деятельности. Аккредитация специалиста проводится аккредитационной комиссией по окончании освоения им профессиональных образовательных программ медицинского образования или фармацевтического образования не реже одного раза в пять лет.

Приведенные выше нормы определяют момент возникновения профессиональной право-способности медицинских работников, в частности, врача травматолога-ортопеда.

Дееспособность врача травматолога-ортопеда — это его способность своими действиями приобретать, применять и осуществлять права и нести обязанности путем совершения юридически значимых действий в профессиональной сфере.

Дееспособность врача травматолога-ортопеда возникает со дня, определенного трудовым договором, заключенным с работодателем (медицинской организацией государственной, муниципальной, частной системы здравоохранения). В силу ч. 1 ст. 32 Федерального закона № 323-ФЗ медицинская помощь оказывается медицинскими организациями. Вместе с тем при раскрытии содержания видов медицинской помощи субъектами её оказания в ст.ст. 33 и 34 Федерального закона № 323-ФЗ указаны медицинские работники. Так, согласно ч. 5 ст. 33 первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь. В соответствии с ч. 1 ст. 34 специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Представляется, что необходимо дальнейшее совершенствование законодательства в аспекте профессиональной дееспособности медицинских работников.

Деликтоспособность врача травматолога-ортопеда — это его способность нести юридическую ответственность за невыполнение или ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей.

Согласно ч. 2 ст. 98 Федерального закона № 323-ФЗ медицинские организации, медицинские работники и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи.

Вред, причиненный жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации (ч. 3 ст. 98 Федерального закона № 323-ФЗ).

В силу ч. 4 ст. 98 Федерального закона № 323-ФЗ возмещение вреда, причиненного жизни и (или) здоровью граждан, не освобождает медицинских работников и фармацевтических работников от привлечения их к ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации (дисциплинарную, гражданско-правовую, административную, уголовную).

ДИСЦИПЛИНАРНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

На основании ст. 192 Трудового кодекса Российской Федерации (далее — ТК РФ) за совершение дисциплинарного проступка, то есть неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей, работодатель имеет право применить следующие дисциплинарные взыскания:

- 1) замечание;
- 2) выговор;
- 3) увольнение по соответствующим основаниям.

Не допускается применение дисциплинарных взысканий, не предусмотренных федеральными законами, уставами и положениями о дисциплине.

При наложении дисциплинарного взыскания должны учитываться тяжесть совершенного проступка и обстоятельства, при которых он был совершен.

В ст. 193 ТК РФ определено, что до применения дисциплинарного взыскания работодатель должен затребовать от работника письменное объяснение. Если по истечении двух рабочих дней указанное объяснение работником не предоставлено, то составляется соответствующий акт.

Непредоставление работником объяснения не является препятствием для применения дисциплинарного взыскания.

Дисциплинарное взыскание применяется не позднее одного месяца со дня обнаружения проступка, не считая времени болезни работника, пребывания его в отпуске, а также времени, необходимого на учет мнения представительного органа работников.

Дисциплинарное взыскание не может быть применено позднее шести месяцев со дня совершения проступка, а по результатам ревизии, проверки финансово-хозяйственной деятельности или аудиторской проверки — позднее двух лет со дня его совершения. В указанные сроки не включается время производства по уголовному делу.

За каждый дисциплинарный проступок может быть применено только одно дисциплинарное взыскание.

Приказ (распоряжение) работодателя о применении дисциплинарного взыскания объявляется работнику под роспись в течение трех рабочих дней со дня его издания, не считая времени отсутствия работника на работе. Если работник

отказывается ознакомиться с указанным приказом (распоряжением) под роспись, то составляется соответствующий акт.

Дисциплинарное взыскание может быть обжаловано работником в государственную инспекцию труда и (или) органы по рассмотрению индивидуальных трудовых споров.

В соответствии со ст. 194 ТК РФ если в течение года со дня применения дисциплинарного взыскания работник не будет подвергнут новому дисциплинарному взысканию, то он считается не имеющим дисциплинарного взыскания.

Работодатель до истечения года со дня применения дисциплинарного взыскания имеет право снять его с работника по собственной инициативе, просьбе самого работника, ходатайству его непосредственного руководителя или представительного органа работников.

ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Гражданско-правовая ответственность — одна из форм государственного принуждения, состоящая во взыскании судом с правонарушителя в пользу потерпевшего имущественных санкций, перелагающих на правонарушителя невыгодные имущественные последствия его поведения и направленных на восстановление нарушенной имущественной сферы потерпевшего.

В соответствии со ст. 402 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее — ГК РФ) действия работников должника по исполнению обязательства считаются действиями должника. Должник отвечает за эти действия, если они повлекли неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательства. В ст. 1068 ГК РФ установлено, что юридическое лицо либо гражданин возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей.

Различают два вида гражданско-правовой ответственности: договорную и внедоговорную. Внедоговорная гражданско-правовая ответственность наступает в случае нарушения прав граждан, повлекшего причинения вреда здоровью граждан или их смерть. В настоящее время с развитием рынка платных медицинских услуг, с расширением договорных отношений в медицине получает развитие и договорная гражданско-правовая ответственность. Последняя наступает в случаях неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств, возникших из договора.

Основаниями гражданско-правовой ответственности являются противоправное поведение, отрицательные (вредоносные) последствия, причинная связь между противоправным поведением и отрицательными (вредоносными) последствиями, вина.

В силу ст. 1095 ГК РФ вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу гражданина либо имуществу юридического лица вследствие конструктивных, рецептурных или иных недостатков товара, работы или услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации о товаре (работе, услуге), подлежит возмещению продавцом или изготовителем товара, лицом, выполнившим работу или оказавшим услугу (исполнителем), независимо от их вины и от того, состоял потерпевший с ними в договорных отношениях или нет.

Согласно п. 1 ст. 1064 ГК РФ вред, причиненный личности или имуществу гражданина, а также вред, причиненный имуществу юридического лица, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред.

Вред, причиненный жизни и здоровью гражданина, подлежит возмещению в рамках внедоговорных обязательств и в тех случаях, когда он является результатом ненадлежащего исполнения договора. Объем и характер возмещения вреда, причиненного повреждением здоровья, определены в ст. 1085 ГК, в соответствии с которой при причинении гражданину увечья или ином повреждении его здоровья возмещению подлежит утраченный потерпевшим заработок (доход), который он

имел либо определенно мог иметь, а также дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья, в том числе расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение.

При определении утраченного заработка (дохода) пенсия по инвалидности, назначенная потерпевшему в связи с увечьем или иным повреждением здоровья, а равно другие пенсии, пособия и иные подобные выплаты, назначенные как до, так и после причинения вреда здоровью, не принимаются во внимание и не влекут уменьшения размера возмещения вреда (не засчитываются в счет возмещения вреда). В счет возмещения вреда не засчитывается также заработок (доход), получаемый потерпевшим после повреждения здоровья.

Объем и размер возмещения вреда, причитающегося потерпевшему в соответствии со ст. 1085 ГК РФ, могут быть увеличены законом или договором.

Моральный вред, причиненный действиями (бездействием), нарушающими имущественные права гражданина, подлежит компенсации в случаях, предусмотренных законом. Компенсация морального вреда осуществляется независимо от подлежащего возмещению имущественного вреда (ст. 1099 ГК РФ).

Основания компенсации морального вреда определены в ст. 1100 ГК РФ, согласно которой компенсация морального вреда осуществляется независимо от вины причинителя вреда в случаях, когда:

- вред причинен жизни или здоровью гражданина источником повышенной опасности;
- вред причинен гражданину в результате его незаконного осуждения, незаконного привлечения к уголовной ответственности, незаконного применения в качестве меры пресечения заключения под стражу или подписки о невыезде, незаконного наложения административного взыскания в виде ареста или исправительных работ;
- вред причинен распространением сведений, порочащих честь, достоинство и деловую репутацию;
- в иных случаях, предусмотренных законом.

Способ и размер компенсации морального вреда установлены в ст. 1101 ГК РФ, в соответствии с которой компенсация морального вреда осуществляется в денежной форме.

Размер компенсации морального вреда определяется судом в зависимости от характера причиненных потерпевшему физических и нравственных страданий, а также степени вины причинителя вреда в случаях, когда вина является основанием возмещения вреда. При определении размера компенсации вреда должны учитываться требования разумности и справедливости. Характер физических и нравственных страданий оценивается судом с учетом фактических обстоятельств, при которых был причинен моральный вред, и индивидуальных особенностей потерпевшего.

АДМИНИСТРАТИВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Административная ответственность — это применение государственными органами, должностными лицами и представителями власти установленных Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях (далее — КоАП РФ) мер административного воздействия к гражданам, а в соответствующих случаях — к должностным лицам и организациям за административное правонарушение.