Академия
Следственного комитета
Российской Федерации

www.niion.org
ЭЛЕКТРОННАЯ
БИБЛИОТЕКА

ISBN 978-5-238-02868-2
9 785238 028682

Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений)

Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений)

Под редакцией
генерал-майора юстиции
кандидата юридических наук, доцента ***АМ Багмета***

Рекомендовано Учебно-методическим центром
«Профессиональный учебник» в качестве учебно-методического пособия
для студентов высших учебных заведений, обучающихся
по направлению подготовки «Юриспруденция»

Рекомендовано Научно-исследовательским институтом
образования и науки в качестве учебно-методического пособия
для студентов высших учебных заведений, обучающихся
по направлению подготовки «Юриспруденция»

юнити 2018

Авторский коллектив:
Д.В. Алёхин, А.М. Багмет, В.В. Бычков, А.Л. Иванов,
СЮ. Мелихов, Т.Н. Петрова, Л.Т. Савин, В.И. Саньков,
Е.А. Соломатина, А.З. Трощанович, А.В Хмелева

Рецензенты:
доктор юридических наук, член РАЮН *Ф П. Васильев* (профессор Владимирского юридического института)
доктор юридических наук, профессор, чл.-корр. РАЕ, Заслуженный деятель науки и образования РАЕ *В.Б. Вехов*
(профессор кафедры юриспруденции, интеллектуальной собственности и судебной экспертизы МГТУ им. Н.Э. Баумана)

Главный редактор издательства *Н.Д. Эриашвили,* кандидат юридических наук, доктор экономический наук, профессор, лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники

Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений): учеб.-метод, пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Юриспруденция» / под ред. АМ. Багмета. - М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2018. - 159 с. I. Багмет, Анатолий Михайлович, ред.

ISBN 978-5-238-02868-2 Агентство СIР РГБ

Раскрываются понятие и квалификация ятрогенных преступлений. Рассматриваются особенности производства отдельных следственных действий и использования специальных знаний при расследовании преступлений, совершенных медицинскими работнкками по неосторожности. Приведен обзор следственно-судебной практики по уголовным делам о ятрогенных преступлениях.

Для следователей, руководителей следственных органов СК России. Материал может представлять научный и профессиональный интерес для иных сотрудников правоохранительных органов, а также курсантов, студентов и аспирантов юридических специальностей,

ББК67.523.11я73-1+67.408.111я73-1

ISBN 978-5-238-02868-2
© ИЗДАТЕЛЬСТВО ЮНИТИ-ЛАНА 2016

Оглавление

Глава 1. Понятие и квалификация ятрогенных преступлений 6
1.1. Понятие ятрогении и ятрогенных преступлений 6
1.2. Квалификация ятрогенных преступлений 8

Глава 2. Стадия возбуждения уголовного дела 14
2.1. Проверка сообщения о преступлении 14
2.2. Анализ информации, полученной при проверке сообщения о преступлении 15
2.3. Отказ в возбуждении уголовного дела 17

Глава 3. Особенности расследования ятрогенных преступлений 20
3.1. Особенности производства отдельных следственных действий при расследовании ятрогенных преступлений 20
3.2. Использование специальных знаний при расследовании ятрогенных преступлений 37
3.3. Возмещение имущественного вреда и компенсация морального вреда 50
3.4. Прекращение уголовного дела 51

Приложения 52
Приложение 1. Обзор судебно-следствсвнной практики по делам о ятрогенных преступлениях 52
Приложение 2. Нормативные акты, относящиеся к ятрогении 71

Библиографический список 81

Предисловие

В Уставе (Конституции) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), принятом Международной конференцией здравоохранения (г. Нью-Йорк, 19 июня — 22 июля 1946 г.) закреплено, чт здоровье является состоянием-полного физического, душевного, социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов,

Международным пактом о гражданских и политических правах принятом резолюцией 2200 А (ХХГ) Генеральной Ассамблеи ООI от 16 декабря 1966 г., установлено, что «никто не должен подвергаться пыткам или жестоким, бесчеловечным или унижающим его достоинство обращению или наказанию» (ст. 7).

Конституция Российской Федерации провозглашает праве каждого на личную неприкосновенность (ч. I ст. 22) и охрану здоровья (ч. 1 ст. 41), при этом никто не должен подвергаться пыткам насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению (ч. 2 ст. 21).

В ч. 1 ст. 18 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 г № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 26.04.2016) (далее — Закон об охране здоровья) закреплено право каждого гражданина на охрану здоровья.

Согласно п. 1 ст. 2 Закона об охране здоровья под здоровьем понимается состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма. То есть, здоровое состояние человека предполагает сохранение в норме анатомической целостности органов и тканей, их физиологических, функций, отсутствие заболеваний и патологических состояний[2].

Здоровье человека — самостоятельный элемент уголовно-правовой охраны, при этом УК РФ располагает несколькими базовыми нормами, дифференцирующими ответственность за причинение вреда здоровью человека.

Под здоровьем человека (соматическим и психическим**)** понимается состояние полного социально-биологического и психического благополучия, когда функции всех органов и систем уравновешены с природой и социальной средой в отсутствуют какие-либо болезненные состояния и физические дефекты. Здоровье охраняется с момента рождения и до момента смерти.

Здоровье человека является качественной характеристикой, складывающейся из набора количественных параметров:

- антропометрических (рост, вес, объем грудной клетки, геометрическая форма органов и тканей);
- физических (частота пульса, артериальное давление, температура тела);
- биохимических (содержание химических элементов *в* организме, эритроцитов, лейкоцитов, гормонов я пр.);
- биологических (состав кишечной флоры, наличие вирусных и инфекционных болезней) и др.

Преступления против здоровья человека занимают значительное место в общей структуре преступности в Российской Федерации. среди которых особое место занимают преступления, совершаемые теми, кто обязан сохранять и восстанавливать здоровье — медицинскими работниками. Законодатель предусмотрел возможность привлекать к уголовной ответственности медицинских работников, причинивших вред здоровью или смерть по неосторожности.

Проблема борьбы с преступлениями медицинских работников против жизни и здоровья в современной России стоит очень остро, с каждым годом приобретая все большую значимость. Пациент надеется, что ему окажут качественную медицинскою пометь, однако не всегда получает желаемое, а иногда имеет место дефект оказания медицинской помощи. На неблагоприятный исход могут влиять объективные факторы, такие как несовершенство системы здравоохранения, нехватка персонала; нехватка современного оборудования, медикаментов из-за недостаточного финансирования и т.д. Кроме объективных факторов причиной неблагоприятных исходов могут быть действия врача. В этом случае встает вопрос **о** том, имеет ли место преступление медицинского работника против жизни и здоровья или это невиновное причинение вреда.

Особый статус медицинских работников связан с тем, что от их надлежащего поведения в профессиональной сфере зависит соблюдение наиболее важных конституционных прав граждан России — права на жизнь и права на здоровье. Невыполнение или ненадлежащее выполнение медицинским работником своих профессиональных функций способно причинить вред различной степени тяжести, как отдельному человеку, так и интересам общества и государства.

На рубеже XX—XXI веков в развитии медицины появились принципиально новые тенденции, с одной стороны, несущие благо людям, а с другой — таящие в себе большую опасность. Использование современной лечебно-диагностической аппаратуры и средств интенсивной терапии привело не. только к невиданным ранее возможностям диагностики и лечения болезней, но и вызвало значительный рост нежелательных и неблагоприятных последствий врачебных действий, именуемых ятрогениями (от *греч.* iatros — врач и *gennao* ~ создавать).

Ятрогенная патология превратилась сегодня в серьезную медикосоциальную проблему, т.к. несомненные успехи медицины оказались тесно сопряженными с опасными последствиями для больных.

Ученые медики, определяя ятрогению как патологию диагностики и лечения, как случаи вреда, наносимого пациенту в результате любых диагностических и лечебных процедур, отмечают, что проблема ятрогенных болезней (буквально: болезней, «порожденных врачом») является острой, неотложной, принципиальной, теоретической и сугубо практической, высокоответственной злободневной темой.

Ятрогении влекут летальный исход, делают людей инвалидами, снижают качество их жизни, увеличивают расходы на лечение. Тем самым нарушаются конституционные права граждан на охрану здоровья и получение медицинской помощи, необходимой для сохранения жизни и улучшения здоровья. В этом заключается огромный социальный вред, наносимый ятрогениями.

Д.В. Алёхин, доцент кафедры криминалистики, кандидат юридических наук, доцент;

А.М. Багмет, и.о. ректора Академии СК. России, кандидат юридических наук, доцент;

В.В. Бычков, ученый секретарь Академии СК России, кандидат юридических наук, лоцент;

А.Д. Иванов, заведуюший кафедрой уголовного права и криминологии, кандидат юридических наук, доцент;

С.Ю. Мелихов, доцент кафедры криминалистики шестого факультета повышения квалификации Академии СК России, кандидат юридических наук;

Т Я. Петрова, преподаватель лаборатории управления профессиональными знаниями следствия;

П.Т. Савин, доцент кафедры уголовного права и криминологии, кандидат юридических наук;

В.И. Санков, старшей преподаватель кафедры криминалистики. кЕ^ндидат юридических наук;

Е.А. Соломатиша, старший преподаватель лаборатории управления профессиональными знаниями следствия;

А В. Трощанович, и.о. заведующего лабораторией управления профессиональными знаниями следствия;

А. В. Хмелёва, заведуюший кафедрой криминалистики, кандидат юридических наук.

Понятие и квалификация ятрогенных преступлений

1.1. Понятие ятрогении и ятрогенных преступлений

Ятрогения — изменения здоровья пациента к худшему, вызванные неосторожным действием или словом врача.

В словаре иностранных слов и выражений термин «ятрогения» определяется как «вид самовнушения, когда человек заболевает от неправильно понятых слов врача или под впечатлением от прочитанной медицинской литературы».

В настоящее время термин используется расширительно, к согласно Международном классификации болезней Десятого пересмотра (МКБ-1.0) ятрогения понимается как любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или смерти; осложнения медицинских мероприятий, развившееся в результате как ошибочных, так и правильных действий врача.

Преступления, совершаемые медицинскими работниками: при оказании медицинской помощи, с учетом специфики субъекта, жертвы, последствий и сферы посягательства получили название «ятрогенные».

Содержание понятия «медицинская помощь» и определение ее качества устанавливаются Законом об охране здоровья. На основании его положений могут быть сформулированы принципы оказания медицинской помощи, относящиеся к оценке ее качества.

Принципами оказания медицинской помощи являются: своевременность, профессиональность, преемственность, оказание медицинской помощи утвержденными методами и (или) с соблюдением условий применения научно обоснованных неутвержденных методов (обоснованность) в достаточном объеме, в пределах имеющихся возможностей учреждения здравоохранения или медицинского работника (оптимальность), при согласии пациента на медицинскую помощь и с соблюдением его права на получение информации о своем здоровье и перспективах лечения. В итоге медицинская помощь должна приводить к максимально благоприятному для пациента результату.

Содержание ненадлежащей медицинской помощи предполагает нарушение изложенных принципов. Неблагоприятным результатом медицинской помощи признается результат, при котором не наступает ожидаемого улучшения состояния здоровья, возможного в пределах данных условий медицинской помощи; наступает ухудшение состояния здоровья либо смерть пациента при возможности улучшения состояния или сохранения жизни путем надлежащего сказания медицинской помощи.

Ненадлежащая медицинская помощь как причина ухудшения здоровья или смерти пациента может проявляться в двух видах:

1) ухудшение здоровья или смерть пациента наступают вследствие заболевания или травмы, которые возникли до оказания медицинской помощи по причинам, не связанным с ее оказанием;

2) заболевание или травма возникают вследствие действий медицинских работников.

В первом случае подразумевается возможнесть того, что оказание медицинской помощи могло привести к благоприятному результату: улучшить качество жизни пациента, его физическое состояние, создать условия излечения заболевания, привести к излечению, уменьшить страдания пациента, сохранить жизнь. При таких обстоятельствах ненадлежащее оказание медицинский помощи следует расценивать как условие наступления неблагоприятного исхода в виде ухудшения состояния здоровья или смерти человека.

Возникновение неблагоприятного результата характерно для второго вида ненадлежащей медицинской помощи. В этом случае заболевание или травма возникают вследствие действий медицинских работников. Возможна ситуация, когда осложнение имевшегося заболевания и ухудшение состояния пациента вызывается именно действиями медицинских работников.

Известно множество классификаций ятрогений, среди которых можно выделить:

1) психогенные — неблагоприятное воздействие обстановкой или словом;
2) лекарственные — аллергии, зависимость от лекарств, их передозировка;
3) инфекционные — заражение инфекцией при оказании медицинской помощи;
4) смешанные.

Следует отметить, что в УК РФ отдельно в диспозиции ч. 2—4 ст. 122 выделена ятрогения в виде заражения ВИЧ-инфекцией.

Ятрогения имеет место главным образом при нарушении принципов обоснованности и оптимальности оказания медицинской помощи в момент осуществления медицинского вмешательства. Но не исключено ее возникновение ввиду нарушения других принципов: своевременности, преемственности, профессиональности, права пациента на получение информации и его согласия на медицинскую помощь.

Ятрогенный дефект как элемент системы имеет внутренние связи с другими ее элементами, характер которых зависит от причин его возникновения.

Ятрогенный дефект может быть следствием действий субъекта (медицинского работника) — нарушения правил оказания медицинской помощи. Существующее в медицине понятие «дефект медицинской помощи» по своему содержанию шире: оно включает в себя как ятрогенный дефект, так и дефекты, которые являются следствием особенностей поведения пациента, непредвиденной реакции его организма на лекарственные препараты, следствием технического изъяна (вспомогательных материалов, оборудования и др.), несовершенной технологии медицинского оборудования и т.д. Причиной его возникновения может быть также воздействие объектов, находящихся за пределами врачебного процесса, например влияние неблагоприятных экологических условий в регионе, заражение инфекцией, привнесенной посетителем учреждения здравоохранения, и др. Эти внешние связи порой очень трудно установить и сложно определить степень и характер их влияния на результат лечения. Они часто используются дня выдвижения версий зашиты виновного.

Ятрогении — нежелательные последствия оказанной медицинской помощи, обусловленные допущенным дефектом медицинской помощи, различаются по степени выраженности: ятрогенный симптом, ятрогенное осложнение (синдром), ятрогенное заболевание, ятрогенная болезнь отдаленного периода.

Ятрогенным симптомом является отдельный симптом, сигнализирующий о защитном реагировании организма на медицинское воздействие. Как правило, объективно на момент возникновения он может и не отразиться на ухудшении состояния здоровья пациента и на динамике течения основного заболевания. Такими симптомами могут быть, например, припухлость, краснота, увеличение количества лейкоцитов в крови и т. д.

Ятрогенный симптом может возникнуть на любом этапе врачебного процесса. Если врач, обнаружив его, не отреагирует адекватно, т.е. не установит причину его возникновения и не скорректирует проводимое лечение, то его дальнейшее развитие может повлечь появление других симптомов и перерасти в более тяжелую форму ятрогении. Такую динамику можно проследить на примере остро протекающего воспаления наружных органов, для которого характерно пять признаков: припухлость, краснота, жар, боль и нарушение функции. Последовательность появления указанных признаков дает временную возможность принятия мер по недопущению дальнейшего усугубления ситуации. От врача требуется внимательное отношение к состоянию здоровья пациента, которое позволит своевременно заметить ухудшение и принять необходимые меры, включая изменение методики и (или) тактики проводимого лечения. Это обеспечит устранение возникшего ятрогенного проявления без ущерба для здоровья пациента.

Ятрогенный синдром (осложнение) — совокупность взаимосвязанных симптомов, которые обусловлены действиями по оказанию медицинской помощи больному и могут отрицательна влиять на его самочувствие, причинить вред здоровью, повлечь летальный исход,

По времени осложнение мелеет проявиться в процессе оказания медицинской помощи на любой этапе проводимого лечения или обследования, возникнуть во время проведения медицинского мероприятия или непосредственно после него.

Выявляется осложнение в связи с жалобой пациента и (или) при изучении данных клинических исследований. Как показывает практика, своевременно обнаружить осложнение врачу удается только в тех случаях, когда необходимые исследования в ходе врачебного процесса проводятся регулярно и з достаточном объеме, что позволяет наблюдать течение болезни в динамике, контролировать результативность воздействия на неё лечения и своевременно принимать необходимые меры по облегчению страданий больного и спасению его жизни.

Ятрогенные осложнения, кап правило, усугубляют процесс развития основного заболевания, повышают риск ухудшения общего состояния здоровья пациента, часто причиняют вред здоровью или вызывают смерть пациента.

Ятрогенное заболевание — новое патологическое состояние. Являясь нежелательным последствием лечения или диагностики, оно имеет все черты нозологической формы, может существенным образом ухудшить самочувствие пациента, содержит опасность для его здоровья и жизни.

медицинской помощи как нежелательное последствие ранее выполненных профилактических, диагностических, лечебных мероприятий. Ятрогении имеют внутренние связи между собой: ятрогенный симптом, если его не ликвидировать, может вызвать другие симптомы. Их совокупность (синдром) в качестве осложнения, развиваясь далее, может приобрести свойства болезни. Ятрогения независимо от формы проявления имеет связи с другими элементами, провоцирующими ее возникновение или являющимися ее следствием. Любое проявление ятрогении прямо или опосредованно может повлиять на наступление неблагоприятного исхода. На практике особую сложность представляет определение наличия ятрогении и ее значения в причинной связи, обусловившей неблагоприятный исход.

1.2. Квалификация ятрогенных преступлений

К наиболее распространенным ятрогенным преступлениям, совершаемым в сфере оказания медицинских услуг, относятся:

- причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ);
- неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если оно повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью (ч. 2 ст. 124 УК РФ);
- ятрогенные преступления, предусмотренные п. «в» ч. 2 и ч. 3 ст. 238 УК РФ;
- халатность, пошгекшая по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека (ч. 2 и 3 ст. 293 УК РФ).

К наиболее спорным вопросам квалификации ятрогенных преступлений относится отграничение ч. 2 ст. 109 УК РФ от ч. 2 и 3 ст. 293 УК РФ и от ч. 2 ст. 124 УК РФ[2].

Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ). *Объект* причинения смерти по неосторожности — общественные отношения, складывающиеся по поводу реализации человеком естественного, подтвержденного международными и конституционными актами права на жизнь и обеспечивающие безопасность жизни.

Объективная сторона преступления состоит из:

- деяния (действия либо бездействия), состоящего в нарушении правил профессиональной предосторожности;
- последствий в виде смерти: потерпевшего;
- причинной связи деяния *к.* последствия.

Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей — это либо умышленное, либо неосторожное нарушение липом официальных требований и стандартов, предъявляемых к его профессиональной практике.

Для квалификации по ч. 2 ст. 109 УК РФ необходимо точно указать на то, в чем конкретно выразилось нарушение правил осуществления профессиональной деятельности и установить причинную связь нарушения правил и последствия в виде смерти.

Субъективная сторона преступления, предусмотренного ст. 109 УК РФ, характеризуется виной в форме неосторожности.

При совершении преступления «по легкомыслию» виновный предвидит, что результатом его деяния может стать смерть потерпевшего, но при этом самонадеянно рассчитывает на ее предотвращение.

При совершении рассматриваемого преступления то небрежности виновный не предвидит возможности наступление смерти, но по обстоятельствам дела должен был и мог предвидеть

Субъект преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 109 УК РФ — специальный — физическое вменяемое лицо, достигшее шестнадцатилетнего возраста, которое в силу своей профессии обязано соблюдать определенные правила и стандарты.

Ответственность специального субъекта по ч. 2 ст 109 УК РФ исключается в следующих случаям:

- лицо соблюдало профессиональные стандарты, а последствие в виде смерти наступило

по иным причинам (случай отсутствия причинной связи);
• имели место обстоятельства, исключающие преступность деяния: крайняя необходимость либо обоснованный риск;
• лицо не предвидело и не должно было предвиден, возможности наступления последствии в виде смерти.

Часть 2 ст. 109 УК РФ является общей нормой по отношению к некоторым иным предписаниям закона (например, ч. *2* ст. 124 УК РФ), в связи с чем возможная конкуренция в силу требований ч, 3 ст. 17 УК РФ должна разрешаться в пользу специальной нормы.

Соучастие в причинении смерен по неосторожности невозможно в силу неосторожного характера вины. Если же действия виновного непосредственно не причинили смерть потерпевшему, но выразились в создании по неосторожности условий, способствовавших причинению смерти со стороны третьего лица, то они подлежат квалификации как неосторожное причинение смерти

Из судебно -следствен но и практики

Мать малолетней А. привела ее на осмотр к участковому врачу-педиатру К., которая не предприняла должных мер по установлению точного диагноза малолетней А., ограничившись визуальным осмотром. К. поставила диагноз «автозный стоматит», не выявив грипп А (H1N1), хотя была должна и могла предвидеть, что автозный стоматит является осложнением основного заболевания — гриппа. Малолетняя А. ушла домой со своей мамой. Позже к А. была вызвана скорая помощь, и фельдшер Г., правильно определив заболевание ребенка гриппом и оказав первую медицинскую помощь, недооценил опасности ее состояния и не предпринял мер по госпитализации А. Впоследствии к умирающему ребенку в рамках повторного выезда в течение суток, прибыла фельдшер П., которая правильно установила диагноз, оказала медицинскую помощь, но не предприняла мер по госпитализации ребенка. Все три медика не учли требований действовавших на тот момент нормативно-правовых актов, указывавших на опасность распространения гриппа среди детей и содержавших четкие инструкции. Малолетняя К. скончалась из-за осложнения заболевания. Приговором Благодарненского районного суда края участковый врач педиатр К. и фельдшеры Г. и П. были признаны виновными в причинении смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ).

В Екатеринбурге две медсестры Б. и Н. признаны виновными в совершении преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 109 УК РФ и ч. 2 ст. 118 УК РФ. Медработник Б. перепутала жидкость для подготовки раствора для постановки клизмы несовершеннолетним пациентам Р. и О. Она по ошибке использовала формалин из емкости, на которой было написано «Наружное, беречь от детей!» Даже резкий запах, заставивший ее прослезиться и проветрить помещение, не убедил ее повторно проверить содержимое подготовленного раствора. Клизму ставила Н., которая не проверила состав приготовленного Б. раствора. В результате отравления формалином пациент Р. скончайся, а пациенту О. был причинен тяжкий вред здоровью.

Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, повлекшее по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью (ч. 2 ст. 124 УК РФ). *Объект* преступления — общественные отношения, обеспечивающие безопасность жизни человека. Законодатель определил, что потерпевшим от этого преступления может быть только больной, под которым следует понимать лицо, объективно нуждавшееся в медицинской помощи и:
• либо специально обратившееся за се оказанием;
• либо проходившее плановое обследование;
• либо которому медицинская помощь была оказана без его согласия;
• либо оказавшееся в ситуации, требующей срочного медицинского вмешательства (например, в случае дорожно-транспортного происшествия).

Важно учесть и то, что потерпевшими от этого преступления могут быть и липа, которые не являются больными с медицинской точки зрения, но нуждающиеся в медицинской помощи, например, беременные женщины.

Объективная сторона преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 124 УК РФ, характеризуется:
- бездействием субъекта, заключающимся в неоказанки помощи;
- последствием в виде наступления смерти больного по неосторожности либо причинения тяжкого вреда его здоровью;
- причинной связи между бездействием и последствием.

Статья 124 УК РФ предусматривает ответственность именно за неоказание медицинской помощи.

В соответствии со ст. 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в

Российской Федерации»:
• медицинская помощь — это комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;
• медицинская услуга — медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленные на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющие самостоятельное законченное значение;
• медицинское вмешательство — выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуще ствление медицинской деятельности, по отношению к пациенту затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.

Следовательно, если субъект все же оказывал помощь больному, хотя и ненадлежащим образом, ответственность по ст. 124 УК РФ исключается. В таких случаях возможна квалификация деяния по иным статьям, предусматривающим ответственность за умышленное либо неосторожное причинение вреда здоровью, в том числе и по ст. 109 УК РФ.

Обязательное условие ответственности за неоказание помощи больному — отсутствие уважительных причин в преступном поведении субъекта. Уважительными причинами, которые исключают ответственность за совершение рассматриваемого преступления, могут являться:
• обстоятельства, исключающие преступность деяния (например, крайняя необходимость);
• обстоятельства в форме непреодолимой силы (например, неоказание помощи из-за отсутствия необходимых инструментов или препаратов);
• субъективные факторы (например, несоответствие психофизиологических качеств экстремальным условиям).

Для квалификации преступления по ч. 2 ст. 124 УК РФ следователю необходимо обращаться к нормативным актам органов исполнительной власти, которые определяют, какую помощь должен был оказывать виновный в конкретной ситуации в соответствии со своей квалификацией.

Следователю важно знать и то, что, если оказание помощи не могло объективно предотвратить наступление последствий в виде вреда здоровью, ответственность по ст. 124 УК РФ исключается. Подобные случаи могут быть обусловлены различными факторами, связанными со стадией болезни, состоянием самого больного. Данные факторы позволяет установить судебно-медицинская экспертиза.

С *субъективной стороны* неоказание помоши больному характеризуется неосторожной формой вины в виде легкомыслия или небрежности.

Субъект преступления — специальный — это физическое вменяемое лицо, достигшее шестнадцатилетнего возраста, которое обязано оказывать медицинскую помощь. Данная обязанность должна иметь место или в соответствии с законом, или в соответствии со специальным правилом. Субъектом преступления, предусмотренного ст. 124 УК РФ могут быть:
• врачи;
• иной медицинский персонал, обязанный оказывать помощь больному;
• лица немедипинских специальностей (сотрудники полиции, спасатели МЧС и др.).

В соответствии с ч. 1 ст. 31 Закона об охране здоровья первая помощь до прибытия медицинской помощи оказывается гражданам при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом и имеющими соответствующую подготовку, в том числе сотрудниками органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб.

Таким образом, ч. 2 ст. 109 УК РФ и *ч. 2* ст. 124 УК РФ соотносятся как общая и специальная нормы, различающиеся:
• по признакам субъекта;
• по специфическим признакам объективной стороны.

Из судебно-следственной практики

С. признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 124 УК РФ. Неточно установив диагноз, врач-травматолог С. без уважительных причин не оказал помощь больному Н., будучи обязанным ее оказывать в соответствии с законом, не госпитализировал последнего в ЦРБ для проведения соответствующего лечения, а отпустил домой, выдав ему на руки справку с диагнозом «ушиб грудной клетки». Неполная диагностика больного явилась следствием ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей врачом С, что не позволило сделать вывод о необходимости проведении комплекса мероприятий, направленных на оказание своевременной медицинской

помощи больному Н. в виде госпитализации, восполнения кровопотери, а также удаления селезенки. Позже Н. была вызвана скорая, по пути следования в больницу он скончался. Согласно заключению эксперта, смерть Н. наступила от тупой травмы груди и живота, сопровождающейся переломами ребер и разрывом селезенки, что обусловило внутреннее кровотечение и массивную кровопотерю.

Ятрогенные преступления, предусмотренные п. «в» ч. 2 и ч. 3 ст. 238 УК РФ.

Привлечение медицинских работников к уголовной ответственности по ст. 238 УК РФ возможно за производство, хранение, перевозку либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей.

Непосредственный объект преступления — отношения, обеспечивающие охрану жизни и здоровья населения.

Предмет преступления — медицинские услуги, не отвечающие требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей, а также официальные документы, удостоверяющие соответствие оказываемых медицинских услуг требованиям безопасности.

Соответственно, объективная сторона ятрогенных преступлений, предусмотренных ст. 238 УК РФ, зачастую состоит п оказании не отвечающих требованиям безопасности медицинских услуг.

Действия медицинских работников могут быть квалифицированы по п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ (либо ч. 3 ст. 238 УК РФ) только в случае заключения договора на оказание медицинских услуг (как правило, возмездного), когда характер работ и условия их выполнения устанавливаются непосредственно договором.

Составы преступлений, предусмотренных ч. 2 и 3 ст. 238 УК РФ, относятся к материальным и считаются оконченными с момента наступления указанных в норме общественно опасных последствий.

Пункт «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ предусматривает квалифицированный состав преступления, когда совершение деяния, описанного в диспозиции ч. 1 ст. 238 УК РФ, повлекло по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью либо смерть человека,

По ч. 3 ст. 238 УК РФ наступает ответственность за деяния, предусмотренные ч. 1 или 2 ст. 238 УК РФ, повлекшие по неосторожности смерть двух или более лиц.

Важно также обратить внимание на то, что в тех случаях, когда незаконная предпринимательская деятельность была связана с выполнением работ или оказанием услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей, содеянное образует совокупность преступлений, предусмотренных соответствующими частями ст. 171 и 238 УК РФ.

Неправомерная выдача официального документа, удостоверяющего соответствие товаров, работ и услуг требованиям безопасности, означает представление такого документа изготовителю товаров, производителю работ или услуг лицом, уполномоченным осуществлять контроль за соответствием требованиям безопасности
товаров, работ и услуг в нарушение установленного законами и иными нормативными актами порядка.

Субъективная сторона преступлений, предусмотренных; п. «в» ч. 2 и ч. 3 ст. 238 УК РФ характеризуется прямым умыслом по отношению к деянию и неосторожностью по отношению к последствиям.

Виновный сознает, что выполняет услугу, не отвечающую требованиям безопасности жизни или здоровья людей, либо он неправомерно выдает или использует официальный документ, удостоверяющий соответствие указанных товаров (работ, услуг) требованиям безопасности, предвидит возможность наступления от этого общественно опасных последствий, но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывает на их предотвращение, либо не предвидит наступления указанных последствий, хотя должен был и мог их предвидеть.

Субъект преступлений, предусмотренных ст. 238 УК РФ, — общий. Это вменяемое лицо, достигшее возраста шестнадцати лет. Субъектом ятрогенных преступлений могут, например, выступать руководители предприятий, оказывающих медицинские услуги потребителям, а также индивидуальные предприниматели.

Из судебно-следственной практики

На основании заключенного договора обязательного медицинского страхования неработающих граждан, С. гарантировалось оказание услуг по ведению роженицы на протяжении всего периода родов. Врач акушер-гинеколог (дежурант) родильного отделения Н. и акушер родильного отделения В. применили неверную тактику ведения родов. Тем самым С. была оказана медицинская услуга, не отвечающая требованиям безопасности жизни и здоровья, что привело к рождению ребенка с травмой, которая согласно заключению комиссионной судебно-медицинской экспертизы квалифицируется как тяжкий вред здоровью. Приговором суда Н. и В. признаны виновными в совершении преступления, предусмотренного п. «г» ч. 2 ст. 238 УК РФ (в ред. ФЗ от 27.12.2009 № 377-ФЗ) - выполнение работ

и оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей, которые повлекли по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью человека.

Халатность в аспекте ятрогенных преступлений, предусмотренных ч. 2 и 3 ст. 293 УК РФ. *Основной объект* халатности — нормальная деятельность отдельных структур публичного аппарата власти и управления.

Дополнительный объект халатности — конституционные права человека и гражданина, его жизнь и здоровье, охраняемые законом экономические и иные интересы граждан, организаций и государства, отношения собственности.

Объективная сторона преступления, сформулированная в ч. 1 ст. 293 УК РФ, характеризуется следующими признаками:

- совершение деяния, которое состоит либо в неисполнении должностным лицом своих обязанностей (бездействии), либо в ненадлежащем исполнении своих обязанностей (действии);
- наступление указанных в законе последствий: для ч. 2 ст. 293 УК РФ — причинение по неосторожности тяжкого вреда здоровью или смерти человека, а для ч. 3 — причинение по неосторожности смерти двум или более липам;
- причинно-следственная связь между указанным деянием и последствиями.

Неисполнение должностным лицом своих обязанностей — это фактическое бездействие при наличии обязанности действовать тем или иным образом.

Ненадлежащее исполнение обязанностей состоит в исполнении обязанностей с нарушением требований, предъявляемых к деятельности должностного лица.

Важно учитывать, что для квалификации содеянного по соответствующей части ст. 293 УК РФ неисполнение и ненадлежащее исполнение обязанностей должно являться следствием именно недобросовестного или небрежного отношения должностного лица к службе.

При определении объективной стороны халатности необходимо установление ряда обстоятельств.

1. Конкретные обязанности, возложенные на данное должностное лицо, неисполнение или ненадлежащее исполнение которых вменяется ему в вину. Данные обязанности могут быть обусловлены законом либо иными нормативно-правовыми актами, должностной инструкцией, трудовым договором и др. Данные обязанности должны быть возложены на должностное лицо в установленном порядке.

2. Какие из возложенных на должностное лицо обязанностей, оно не исполнило или исполнило ненадлежащим образом. Установление и описание круга конкретных формально закрепленных за лицом обязанностей — обязательное условие, необходимое для вменения халатности в вину соответствующему должностному лицу.

3. Наличие или отсутствие у должностного лица на момент совершения деяния объективной и субъективной реальной возможности для надлежащего исполнения своих обязанностей. Если реальная возможность для исполнения обязанностей отсутствовала, то наличие состава халатности исключается.

Субъективная сторона преступления характеризуется неосторожной формой вины в виде легкомыслия или небрежности. Виновный предвидит возможность наступления опасных последствий деяния, совершенного им вследствие легкомысленного или небрежного отношения к службе, но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывает на их предотвращение либо не предвидит возможности наступления опасных последствий, но при необходимой внимательности и предусмотрительности должен был и мог их предвидеть. Виновность лица, а значит, и состав халатности исключаются, если в совершенном деянии отсутствует признак недобросовестного или небрежного отношения к службе.

Субъект халатности — специальный: должностное лицо.

Следует обратить внимание на то, что халатность относится к категории должностных преступлений и состоит в неисполнении или ненадлежащем исполнении должностным лицом своих обязанностей, т. е. обязанностей, связанных с исполняемой должностью. Это обстоятельство отличает халатность от неисполнения или ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей, не относящихся к должностным функциям. К примеру, если медицинская сестра по ошибке ввела больному иное лекарство, что повлекло по неосторожности наступление его смерти, деяние следует квалифицировать по ст. 109 УК РФ.

Разграничение ст. 293 УК РФ и ст. 109 УК РФ или ст. 118 УК РФ следует проводить по объективной стороне и по субъекту. Ответственность по ч. 2 ст. 293 УК РФ наступает, если эти последствия связаны с выполнением должностным лицом своих служебных, а не профессиональных обязанностей. По этой причине врачи, другой медицинский персонал, а также фармацевты и подобные им лица, не являющиеся должностными лицами, за наступившие общественно-опасные последствия подлежат ответственности по ст. 109 УК РФ или по ст. 118 УК РФ.

П. С. Яни детально раскрывает различия должностных и профессиональных обязанностей медицинских работников на практических примерах.

Например, дежурный врач — это должностное лицо, поскольку выполняет в государственном или муниципальном учреждении организационно-распорядительные функции, так как он уполномочен наделять (либо отказывать в этом) гражданина, обратившегося в медицинское учреждение, правом получить от этого учреждения комплекс медицинских услуг, а также возлагать на медучреждение обязанность эти услуги оказать. В данном случае необоснованный отказ в госпитализации, повлекший по неосторожности смерть обратившегося за оказанием таких услуг гражданина, должен квалифицироваться по ч. 2 ст. 293 УК РФ. Однако подобная квалификация будет верной лишь в случае, когда врач, поставив правильный диагноз, требующий заведомо для него госпитализации потерпевшего, осознанно идет на нарушение адресованных ему как должностному лицу (наделенному организационно-распорядительными функциями) нормативных предписаний и отправляет гражданина домой. В данном случае врач по легкомыслию или небрежности допускает наступления общественно опасных последствий, а гражданин, не получивший помощи, умирает, и экспертиза приходит к однозначному выводу о том, что своевременная госпитализация и выполнение предусмотренных для этого случая стандартных медицинских процедур предотвратили бы наступление смерти.

В случае, если дежурный врач отказывает в госпитализации, например, из-за врачебной ошибки, обусловленной объективной невозможностью постановки в таких условиях правильного диагноза, что, например, связано с нетипичным характером заболевания, врожденными аномалиями внутренних органов, здесь имеет место не должностное, а профессиональное нарушение врача как специалиста, а не как лица с организационно-распорядительными функциями.

В ином случае, дежурный врач принимает решение отказать в госпитализации на основании ошибочного диагноза, поставленного другим врачом. В этом случае ответственность наступает для допустившего ошибку медицинского работника, при доказанности его вины, не за халатность (так как специалист в данном случае не должностное лицо), а за причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК). Это возможно, если неправильный диагноз, поставленный специалистом, должен был в соответствии с предписаниями, содержащимися в нормативных документах медицинского ведомства, приниматься дежурным врачом без какой-либо проверки.

Из судебно-следственной практики

Б. работала в должности заведующего терапевтическим отделением больницы. В соответствии с должностной инструкцией на нее были возложены организационно-распорядительные функции. Б., зная о наличии у больной Ж декомпенсации сахарного диабета с явлениями острой почечной недостаточности, ненадлежащим образом исполнила свои обязанности, оказав неполную и неквалифицированную помощь Ж. Это выражалось в том, что Б., игнорируя требования Регионального стандарта оказания первичной медико-санитарной помощи в Тюменской области больным сахарным диабетом, осуществляла лабораторное обследование больной в крайне недостаточном объеме, с ее стороны отсутствовал регулярный контроль за уровнем сахара крови больной. В результате неоказания Ж. полной, своевременной и квалифицированной медицинской помощи потерпевшая скончалась. Б. была признана виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 293 УК РФ.

Глава 2

Стадия возбуждения уголовного дела

2.1. Проверка сообщения о преступлении

Проведение проверки в порядке ст. 144—145 УПК РФ в отношении медицинских работников отличается существенными особенностями. Привлечение к предусмотренной законом ответственности врачей и лиц медперсонала, по вине которых наступили тяжкие последствия, может способствовать предупреждению подобных фактов и, за счет этого повышению уровня медицинской помощи населению.

С момента получения сообщения о посягательстве на здоровье или жизнь человека при оказании ему медицинской помощи (далее — МП) в виде жалобы о ненадлежащем оказании МП, повлекшей причинение вреда здоровью или смерть пациента, или заявления о привлечении к уголовной ответственности медицинского работника, ненадлежащим образом исполнившего свои профессиональные обязанности по оказанию МП, что привело к причинению вреда здоровью или летальному исходу, начинается доследственная проверка, связанная с решением вопроса о возбуждении уголовного дела. На этой стадии производятся проверочные действия с целью:

- установления наличия или отсутствия законного повода и основания для возбуждения уголовного дела или принятия решения об отказе в возбуждении уголовного дела;
- сохранения и закрепления следов посягательства;
- предотвращения или пресечения действия по фальсификации медицинских документов или их уничтожения.

Поводом к проведению проверки, а при наличии оснований и к расследованию уголовного дела чаще всего служат жалобы граждан, здоровью которых причинен вред, или родственников умерших, которые утверждают, что такие последствия наступили из-за неправильного лечения.

Прежде всего, для принятия решения необходимо получить материалы из лечебных учреждений:

- амбулаторную карту больного или карту больного, находившегося на стационарном лечении (иногда то и другое);
- протокол патолого-анатомического исследования или заключение (акт) судебно-медицинского исследования трупа;
- протокол клинико-анатомической конференции или лечебно-контрольной комиссии, когда в лечебном учреждении производился разбор такого случая;
- материалы ведомственной проверки, которая проводится местными органами здравоохранения (порядок проверки установлен письмом Министерства здравоохранения СССР от 12 июня 1987 г. №06—14—22 «О порядке проверки фактов нарушения правил, регламентирующих профессиональную деятельность медицинских работников»).

Перечисленная медицинская документация составляется в каждом случае обращения за медицинской помощью. В ней находят отражение процесс развития заболевания и выбранная тактика лечения. Исследование документов позволяет сделать выводы о направленности действий медицинского работника, аргументации выбора способов проведения диагностических и лечебных медицинских мероприятий. В документах изложены конкретные обстоятельства диагностики, лечения и профессиональной оценки их результатов. По ним можно проследить взаимосвязь действий и последствий оказанной медицинской помощи.

На первоначальном этапе доследственной проверки возникает необходимость оперативного изъятия медицинской документации для объективной опенки, так как в основном объективные обстоятельства совершенного преступления могут быть установлены лишь в результате проведения сложных комиссионных медицинских исследований в ведущих экспертных учреждениях, качество которых напрямую зависит от своевременности и полноты изъятой медицинской документации.

Однако при проведении проверки в порядке ст. 144 УПК РФ перед следователями возникает проблема получения медицинской документации.

В соответствии со ст. 7 Федерального закона от 28 декабря 2010 г. № 403-ФЗ «О Следственном комитете Российской Федерации» (ред. от 30.12.2015) сотрудник Следственного комитета имеет право требовать от руководителей и других должностных лиц органов, предприятий, учреждений и организаций предоставления необходимых: документов, материалов и иных сведений, выделения специалистов для выяснения возникших в ходе проверки сообщения о преступлении. Требования (запросы, поручения) сотрудника Следственного комитета, предъявленные при проверке сообщения о преступлении, обязательны для исполнения перечисленными лицами незамедлительно или в указанный в требовании (запросе, поручении) срок.

В соответствии с ч. 1 ст. 13 Закона об охране здоровья сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Однако разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, допускается должностным лицом с письменного согласия гражданина или его законного представителя (ч. 3 ст. 13). Кроме того, предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, разрешается без согласия гражданина или его законного представителя по запросу органа следствия в связи с проведением расследования (п. 3 ч. 4 ст. 13). Тем самым истребование медицинских документов практически возможно только в рамках возбужденного уголовного дела и только в виде следственного действия; на основании судебного решения в соответствии со ст. ст. 165. 133 УПК РФ.

Получение медицинской документации должно быть произведено как можно быстрее, так как нельзя исключать возможности фальсификации сведений, содержащихся в них, и их умышленной утраты.

Каждый документ нуждается, в свою очередь, в объективной и всесторонней проверке, соотнесении с другими документами и оценке отраженной в нем информации с учетом того обстоятельства, что любой этап оказания медицинской помощи находит отражение не в одном, а в нескольких документах.

Так, информация о проведении операции, как правило, содержится в истории болезни, в операционном журнале, в протоколе операции, в карте анестезиологического пособия и, наконец, в анестезиологическом журнале.

Учитывая, что медицина есть специфический вид профессиональной деятельности, осмотр медицинской документации необходимо проводить с участием незаинтересованного врача-специалиста.

При визуальном осмотре и обнаружении признаков фальсификации документов необходимо назначение технико-криминалистического исследования документов, которое должно дать ответы на следующие вопросы.

- Не проводилось ли изменение первоначального содержания документа?
- Одним или разными красителями выполнены записи на такой-то странице?
- Не выполнен ли фрагмент на такой-то странице после того, как был составлен основной текст?
- Что выполнено раньше — текст документа или подпись, пересекающаяся с его штрихами?[1]

2.2. Анализ информации, полученной при проверке сообщения о преступлении

Анализ преступлений рассматриваемой категории специалистами подразделяется на два этапа.

1. Общий анализ имеющейся в деле информации:

- Кто потерпевший? Позволяло ли состояние пациента сохранить ему жизнь или улучшить здоровье?
- Обращался ли потерпевший за оказанием ему медицинской помощи? Когда, по какому поводу, к кому обращался? Являлось ли официально это лицо субъектом медицинской помощи?
- Когда и какая медицинская помощь оказывалась? Позволял ли субъекту временной фактор оказать надлежащую медицинскую помощь?
- Были ли нарушены субъектом правила оказания медицинской помощи? Если да, то какие конкретно?
- Имел ли место ятрогенный дефект (травма, отравление и др.)? Когда и кто обнаружил дефект? Была ли у субъекта возможность своевременного обнаружения дефекта и предупреждения его последствий?
- Была ли соответствующая реакция организма на ятрогенный дефект (симптом, осложнение, заболевание)? Когда и кто эти признаки обнаружил? Была ли у субъекта возможность своевременного обнаружения реакции организма пациента и предупреждения неблагоприятного исхода?
- Каков был исход лечения? Находятся ли тяжкие последствия в причинной связи с действиями субъекта, оказывавшего медицинскую помощь?
- Где, когда и в какой обстановке оказывалась медицинская помощь? Позволяли ли субъекту объективные условия оказать пациенту адекватную медицинскую помощь?
- Было ли событие преступления? Если да. то кем оно совершено, каков мотив содеянного? Чем доказывается (опровергается) вини, подозреваемого?

2. Анализ информации отдельных элементов системы преступной ятрогении.

Изучение жертвы ятрогении

• Принадлежал ли пациент к группе риска? Какие его индивидуальные качества объективного характера могли отрицательно повлиять на качество оказанной медицинской помощи, обусловить ее неблагоприятный исход: возраст, пол, ожирение, проявлявшиеся ранее реакции организма, обусловленные генетической предрасположенностью, аллергией, тяжесть заболевания, особенности психики, степень внушаемости?

• Какое количество лекарственных препаратов одновременно принимал пациент?

• Какие индивидуальные особенности субъективного характера отмечались у пациента: поведенческие (нарушение режима лечения, диеты, ограничений физических нагрузок и т.д.).

проявление отрицательных наклонностей (употребление алкоголя, прием наркотиков, самолечение и др.)?

• Какие из имеющихся у пациента особенностей могли повлиять на качество оказанной ему медицинской помощи, обусловить ее дефект?

• Были ли учтены индивидуальные особенности пациента врачом или нет при выборе и проведении диагностических исследований и лечения?

Изучение субъекта ятрогенного посягательства

Характеристика субъекта — медицинского работника, осуществлявшего в интересах пациента (потерпевшего) процесс оказания медицинской помощи.

• Кто субъект оказания медицинской помощи, когда и где получил медицинское общее и специальное образование, какую имеет квалификационную категорию, специализацию, каков стаж работы — общий и по специальности, когда последний раз проходил аттестацию? Имел ли право на выполнение Как относится к своим профессиональным обязанностям, каково его поведение в коллективе, отношение к пациентам, к повышению своего профессионального уровня?

• -Какова его мотивация ненадлежащего выполнения своих профессиональных обязанностей по оказанию медицинской помощи пациенту?

• Имел ли он реальную возможность надлежащим образом оказать необходимую пациенту медицинскую помощь?

• Мог ли он в силу своих профессиональных качеств и психологических особенностей личности адекватно реагировать на негативные обстоятельства, возникшие в процессе оказания пациенту медицинской помощи (дефект медицинской помощи, ятрогения, неблагоприятные последствия, непредвиденная ситуация, осложнение естественного развития патологии
и т.д.)?

Изучение процесса оказания медицинской помощи потерпевшему

Анализируются все стадии (диагностирование, лечение, преемственность) оказания медицинской помощи потерпевшему. Непосредственная задача анализа — обнаружить те стадии, на которых, вероятнее всего, могли быть нарушены правила оказания медицинской помощи, исключить благополучные и, сократив таким образом, поиск, определить круг обстоятельств медицинской помощи, подлежащих проверке.

Анализу подвергаются информация, содержащаяся в медицинских документах, о пациенте, о медицинских работниках, оказывавших медицинскую помощь, и сведения о тактике и методике лечения. Непременным условием успеха является предварительное ознакомление следователя с основными положениями действующих клинических протоколов медицинской помощи.

Так, нарушение правил оказания медицинской помощи на стадии диагностики часто является причиной постановки неверного клинического диагноза и назначения непоказанного или противопоказанного лечения. Такое неадекватное лечение причиняет вред здоровью пациента, оставляя без изменения или усиливая динамику имеющейся у него патологии. В отдельных случаях даже при наличии правильного клинического диагноза врач, проявляя небрежность в виде отсутствия должного внимания и заботы о пациенте, назначает непоказанное, т.е. недостаточное по своей интенсивности воздействия на патологический процесс лечение или противопоказанное лечение.

Недостаточное лечение может быть обусловлено не только небрежным ведением пациента, но и отсутствием в лечебном учреждении необходимых лекарственных препаратов и др.

Причиной непоказанного лечения чаще всего является субъективный фактор в виде небрежного, легкомысленного отношения врача к лечению пациента, что, в свою очередь, может свидетельствовать о недостатке клинического мышления. Вторая по значимости в современных условиях причина непоказанного лечения кроется в отсутствии в распоряжении врача требуемых лекарств или иных медицинских средств, эффективных медицинских технологий.

Противопоказанное лечение, как правило, назначается вследствие небрежного, легкомысленного отношения медика к исполнению своих профессиональных обязанностей, невнимательного отношения к пациенту, к состоянию его здоровы. В результате противопоказанного лечения может развиться ятрогения в виде конкурирующей патологии. Ятрогенное воздействие

ускоряет ход прогрессирования основного заболевания, ухудшает состояние здоровья пациента. Пациент при указанном ятрогенном дефекте медицинской помощи, если своевременно не будет отменено противопоказанное лечение, как правило, умирает. Непосредственная причина смерти в таких случаях может быть обусловлена как естественным развитием основной патологии, течение которой было отягощено ятрогенным осложнением или заболеванием, так и конкурирующей ятрогенной патологией.

По времени осложнение может проявиться п процессе оказания медицинской помощи на любом этапе проводимого лечения или обследования, возникнуть во время проведения медицинского мероприятия или непосредственно после него.

Исследование причинной связи между неблагоприятным исходом и деятельностью субъекта

Практическая сложность при расследовании преступлений данной категории возникает при установлении причинно-следственной связи как элемента объективной стороны состава преступления в связи с использованием большого понятийного аппарата, со спецификой субъекта профессиональной медицинской деятельности, а также с результатом преступных действий — наступлением неблагоприятных для пациента последствий, которые приводят к нарушению функций организма и смерти. При этом следует отметить, что в нормативных правовых актах не дается определение «прямых и косвенных» причинно-следственных связей, в силу этого на практике отсутствует единое мнение.

Как правило, судмедэксперты и патологоанатомы не учитывают роль осложнений в заключениях судебно-медицинской экспертизы и не анализируют причинно-следственную связь между ятрогенным Дефектом врачебного процесса и ятрогенией.

Не все случаи смерти при лечении пациента причинно бывают связаны с действиями врача. Определенная часть неблагоприятных исходов обусловливается тяжестью заболевания или зависит от ряда факторов, являющихся объективной случайностью, оценить значимость которых не всегда заранее возможно. При исследовании причинно-следственной связи может быть установлено:

- неблагоприятный исход явился следствием естественного развития заболевания;
- неблагоприятный исход есть следствие медицинского вмешательства, выполненного обоснованно и качественно, но ускорившего течение болезни (спровоцировавшего развитие осложнения);
- медицинское мероприятие, выполненное обоснованно и качественно, повысило вероятность развития осложнения, но не явилось причиной осложнения;
- низкое качество оказанной медицинской помощи не предотвратило развития болезни и не повлияло на его естественное течение (необходимо дальше выяснять, какие факторы — объективные или субъективные — явились гому причиной);
- имел место дефект оказания медицинской помощи, обусловленный несоблюдением клинических протоколов ее осуществления;; возникшая вследствие дефекта ятрогения находится в причинной связи с непосредственной причинной неблагоприятного исхода или сама явилась таковой.

Установление причинно-следственной связи является наиболее сложной следственной задачей.

Успех расследования преступлений данной категории из-за их сложности зависит от знания следователем особенностей предмета доказывания, уровня организации работы и прежде всего от умения правильно оценить и проанализировать следственную ситуацию, складывающуюся на начальном, последующих и заключительных этапах расследования.

2.3. Отказ в возбуждении уголовного дела

В процессе проведения проверки в порядке ст. 144 УПК РФ выясняются сведения, необходимые для принятия решения о возбуждении или отказе в возбуждении уголовного дела. Объем проверочных действий зависит от конкретных обстоятельств дела.

Рассмотрим пример, когда проведение следствием проверочных действий в полном объеме позволил сделать вывод об отсутствии в действиях лица состава преступления.

Из судебно-следственной практики

В следственный отдел с заявлением обратилась Т., Б котором просила привлечь к уголовной ответственности врачей хирургического отделения МУЗ «Калужская городская больница скорой медицинской помощи» за некачественное лечение се мужа, в результате чего последний скончался.

Т. с диагнозом «повторный инфаркт миокарда» был доставлен в блок интенсивной терапии ГБУЗ «Городская больница № 2 "Сосновая роща"», где получил плановую терапию. После проведенного обследования были выявлены признаки обострения хронического панкреатита и спаечная кишечная непроходимость, в связи с чем, Т. машиной скорой помощи, доставлен в хирургическое отделение МУЗ «Калужская городская больница скорой медицинской помощи», где ему была проведена экстренная операция. Затем Т. в течение 11 суток находился в отделении реанимации и

анестезиологии и получил многокомпонентную консервативную терапию. После стабилизации состояния Т. был переведен в палату, однако в последующем скончался.
В ходе проведения проверки были получены объяснения: жены Т. и его родственников. Так как в свидетельстве о смерти было указано, что смерть Т. наступила в результате острого инфаркта миокарда, то они считают, что медицинские работники больницы ненадлежащим образом оказывали ему медицинскую помощь, заведомо зная, что перед поступлением в больницу Т. перенес инфаркт, а они не наблюдали за развитием этого заболевания.
Следствием подробно, с предъявлением медицинской карты стационарного больного Т. были получены объяснения у всех медицинских работников двух больниц (фельдшера выездной бригады скорой помощи, медицинских сестер, заведующего приемным отделением, врачей — анестезиолога-реаниматолога, кардиолога, терапевта). Согласно выводам заключения экспертов комиссионной судебно-медицинской экспертизы причиной смерти Т. явился острый инфаркт миокарда боковой стенки левого желудочка, осложнившийся в своем течении левожелудочковой недостаточностью в сочетании с тяжелой хирургической патологией — панкреонекрозом в стадии нагноения и секвестрации.

С учетом предъявленных родственниками претензий в отношении медицинских работников по поводу ненадлежащего выполнения ими своих профессиональных обязанностей, эксперты в своей заключении отразили, что обследование Т. после проведенной операции проведено не в полном объеме, не выполнены рекомендации кардиолога. Однако это не повлияло на неблагоприятный исход заболевания, а ухудшение состояния здоровья вызвано характером и тяжестью заболевания, возрастом,сопутствующей патологией. Своевременно диагностировать острый инфаркт миокарда у Т. не представлялось возможным, ввиду того, что инфаркт протекал атипично. Лечение в причинно следственной связи со смертью не состоит.

В данном случае были изучены требования стандартов оказания медицинской помощи по лечению сложной сочетанной хирургической и кардиологической патологии — это Приказ Минздравсоц-развития РФ от 13 ноября 2007 г. № 699 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с острым панкреатитом (при оказании специализированной помощи)» и «Региональный стандарт специализированной медицинской помощи больным с острым и повторным инфарктом миокарда» Минздрава Калужской области. Действия врачей МУЗ «Калужская городская больница скорой медицинской помощи» соответствовали ведомственным нормативным актам и нарушений стандартов ими не допущено. По результатам проведенной проверки следствием вынесено постановление об отказе возбуждении уголовного дела, в связи с отсутствием в действиях врачей МУЗ «Калужская городская больница скорой медицинской помощи» составов преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 124, ч. 2 ст. 293 УК РФ[2].

На следующем примере мы увидим, как при проведении проверки следствие сталкивается с явным противодействием со стороны заявителя в получении основополагающих сведений для принятия правильного решения, при этом настаивает на приачечении к уголовной ответственности врача.

Следствием проводилась проверка по материалам по факту смерти 3., в ходе которой было установлено, что 3. страдала хроническим онкологическим заболеванием — лимфогранулематозом 2-й степени (болезнь Ходжкина). Через неделю после выписки из Калужского областного онкологического диспансера 3. в связи с ухудшением состояния здоровья обратилась по телефону к своему лечащему врачу, которая порекомендовала обратиться в поликлинику. Затем 3. выполняла предписания врача, поставившего ей диагноз «ОРВИ, ангина». В последующем, когда у 3. поднялась высокая температура, она была доставлена в больницу, где проводилось лечение антибиотиком, однако через несколько суток 3. скончалась. Анатомическое вскрытие 3. не проводилось.

Из объяснения матери 3. следовало, что она писала заявление об отказе вскрытия трупа своей дочери, так как она не доверяла врачам больницы, считала, что они объективно не дадут заключение о причинах смерти. Также она отказалась и от эксгумации трупа, считая, что преступление в отношении ее дочери было совершено и эксгумация необязательна.

Следствием для принятия объективно правильного решения, были изучены амбулаторные и стационарные карты 3., материалы лечебно-контрольной комиссии, а также материалы проверки Министерства здравоохранения по Калужской области.
Кроме того, получено объяснение заведующего отделом экспертизы трупов, который считает, что решение вопроса о причине смерти после проведения эксгумации невозможно из-за выраженных гнилостных изменений трупа, так как прошло больше одного года после смерти 3.
На основании медицинской документации был получен акт комиссионного судебно-медицинского исследования, согласно которому причиной смерти 3., вероятнее всего,

послужило прогрессирование основного заболевания (болезнь Ходжкина), клинический диагноз был установлен правильно, медицинская помощь оказана своевременно и в полном объеме.
По результатам проведенной проверки было гринято решение об отказе в возбуждении уголовного дела на основании п. 2 ч. 1 ст. 24 УПК РФ.

Кроме того, районным судом Калужской области в удовлетворении исковых требований И. о взыскании морального вреда в размере 1 000 000 рублей к ГУЗ «Калужский областной онкологический диспансер» было отказано в связи с непредставлением доказательств вины ответчика.

Глава 3

Особенности расследования ятрогенных преступлений

3.1. Особенности производства отдельных следственных действий при расследовании ятрогенных преступлений

Выемка и обыск

Важным элементом методики расследования уголовных дел о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, является производство выемки и обыска с целью изъятия медицинской документации, иных предметов, которые сохранили информацию о различных этапах диагностирования и лечения заболевания. Данные следственные действия являются неотложными по делам рассматриваемой категории. Промедление с их проведением недопустимо, поскольку заинтересованные лица могут принять меры к их фальсификации или уничтожению.

В ходе выемки или обыска в медицинском учреждении, где оказывалась помощь пострадавшему, необходимо обнаружение и изъятие следующих документов, связанных с поступлением или обращением пациента в лечебное учреждение и оказанием ему медицинской помощи: медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях; журнала учета приема пациентов и отказов в госпитализации; индивидуальной карты беременной и родильницы; медицинской карты стационарного больного; журнала записи оперативных вмешательств в стационаре; контрольной карты диспансерного наблюдения и др. Перечень основных учетных медицинских документов со сроками их хранения содержится в приложении к письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 декабря 2015 г. № 13—2/1538 «О сроках хранения медицинской документации».

При этом необходимо изымать документы в различных структурных подразделениях медицинского учреждения, в которых отражаются и дублируются диагностические и лечебные мероприятия, проводившиеся в отношении пациента (например, сведения о результатах проведения рентгеновского снимка содержатся не только в медицинской карте больного, которая ведется лечащим врачом, но и в документации рентген-кабинета).

С учетом многогранности видов медицинской помощи и сфер, которые она затрагивает, специфики видов заболеваний (травм) и их лечения настоятельно рекомендуется уже на стадии изъятия в лечебном учреждении документов привлечение к участию в деле специалиста, компетентного в вопросах ведения документации. Его же мнение необходимо в целях определения достаточного объема подлежащих изъятию документов во избежание ситуаций, при которых желание изъять максимально- возможный объем документации «на всякий случай» может негативно сказаться на работе всего медицинского учреждения. В качестве специалиста рекомендуется привлекать сотрудника другого медицинского учреждения, обладающего познаниями в сфере профессионального документооборота и повседневно сталкивающегося с ним (заместителя руководителя ЛПУ по медицинской части, практикующего врача соответствующей специальности, выполняющего трудовые функции по специальности, в сфере которой допущено проявление ятрогении), либо представителя органа управления здравоохранением (или контроля в этой сфере), задействованного в области проверок качества оказания медицинской помощи в подведомственных учреждениях (желательно, непосредственно их проводящий и постоянно сталкивающийся с соответствующей документацией). Это может быть специалист регионального (муниципального) управления (отдела) здравоохранения, Росздравнадзора и т.п.

К числу неотложных следственных действий на первоначальном этапе расследования относятся выемка и осмотр компьютерной техники и имеющейся информации на электронных носителях в связи с тем, что ряд документов может заполняться в электронной форме, содержать иную информацию в электронном виде. В частности, предусмотрена возможность ведения электронной истории болезни. Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27 декабря 2006 г. № 407-ст утвержден национальный стандарт Российской Федерации «Электронная история болезни» (дата введения — 1 января 2008 г.).

Настоящий стандарт устанавливает общие положения для разработки требований к организации создания, сопровождения и использования информационных систем типа «электронная история болезни» (ЭИБ) при оказании медицинской помощи. Данный стандарт предназначен для применения медицинскими организациями и учреждениями федеральных, территориальных и

муниципальных органов управления здравоохранением, систем обязательного и добровольного медицинского страхования, другими медицинскими организациями различных организационно-правовых форм деятельности, направленной на оказание медицинской помощи.

Изъятию подлежат также документы, связанные с личностью и профессиональным, должностным положением медицинских работников, имевших отношение к оказанию медицинской помощи. К ним относятся:

- приказы о назначении на должность, распределении обязанностей, поощрениях и дисциплинарных взысканиях;
- должностные инструкции, причем следует изымать их подлинники в связи необходимостью установления записей об ознакомлении сотрудника со своими обязанностями либо факта отсутствия таковых;
- журналы, в которых ведется учет издаваемых приказов и других организационно-распорядительных документов, в подлиннике, что имеет значение для установления признаков возможной фальсификации организационно-распорядительных документов, например, в случае издания их «задним числом» у причастных к этому лиц возникает необходимость внести изменения в журнал, в котором записи содержатся в хронологической последовательности или полностью переписать соответствующие раздел этого журнала);
- документы о профессиональной подготовке и повышении квалификации.

В зависимости от конкретной следственной ситуации необходимо изымать предметы, сохранившие на себе следы ненадлежащего оказания медицинской помощи (ампулы, шприцы, упаковки от лекарственных препаратов, медицинскую аппаратуру и т.д.).

В случае если пациентом является лицо, застрахованное в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ред. от 30.12.2015), необходимо изъять связанные с этим документы, в частности договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, договор на оказание **и** оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Необходимо выяснить наличие у потерпевшего или его родственников документов и предметов, связанных с оказанием медицинской помощи, и принять меры к их выемке. Это могут быть отдельные медицинские документы или их копии, которые остались у них в связи с прохождением лечения, проведением диагностических исследований, в том числе платных – справки, консультации врачей, анализы, рентгеновские снимки, рецепты, черновые записи, например листки бумаги, на которых врачом были сделаны записи о каких-либо медицинских препаратах, порядке и дозе их приема и т.д.

В случае фиксации по инициативе потерпевшего или его родственников разговоров с медицинскими работниками об обстоятельствах оказания медицинской помощи посредством аудио-(видео-) записи следует изъять соответствующие носители и по возможности записывающее устройство для установления имеющейся на них информации.

Важное значение для оценки своевременности и правильности оказания медицинской помощи имеют документы о результатах проверки деятельности медицинских работников со стороны контролирующих органов.

Законом об охране здоровья предусмотрен государственный, ведомственный и внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности. Проверка соблюдения осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями порядка оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи проводится Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, действующей в соответствии с Положением о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 г. № 323 (ред. от 25.12.2015). По результатам проверки органом государственного контроля составляется соответствутещий акт.

Проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию осуществляется страховыми медицинскими организациями и фондами обязательного медицинского страхования в соответствии с приказом Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». Контроль осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи. Экспертиза качества медицинской помощи проводится с Целью выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата. Данная экспертиза качества медицинской помощи проводится в случаях получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации; летальных исходов при оказании медицинской помощи; внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания и в иных случаях, предусмотренных

указанным Порядком. По результатам экспертизы качества медицинской помощи оформляется экспертное заключение, содержащее описание проведения и результаты экспертизы качества медицинской помощи, на основании которого составляется акт экспертизы качества медицинской помощи.

При оценке процессуального значения перечисленных видов актов следует учитывать, что в доказательственном плане они не могут подменить заключение судебно-медицинской экспертизы, поскольку назначаются и проводятся не в соответствии с нормами УПК РФ, а по правилам ведомственных нормативных актов. Несмотря на то что содержание заключений экспертов ОМС и других страховых организаций зачастую соответствуют интересам следствия, устанавливают значительное количество врачебных дефектов и их причинную связь с последствиями, при наличии в деле заключения эксперта, полученного в соответствии с положениями гл. 27 УПК РФ, предпочтение судом будет отдано ему. Нельзя не учитывать и потенциальную заинтересованность экспертов, проводящих такого рода экспертизы, противоположную той, в которой принято обвинять экспертов системы Бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ). Она также может сыграть значительную роль при оценке доказательства судом.

Так, эксперт сферы ОМС может быть профессионально заинтересован установить некачественное оказание медицинской помощи в медицинском учреждении, что непосредственно будет влиять на возможность и размер оплаты из страхового фонда за оказанные медицинские услуги. Привлечение эксперта ОМС к участию в уголовном деле не исключается ч. 4 ст. 199 УПК РФ как лица, обладающего специальными познаниями, при условии производства экспертизы вне экспертного учреждения.

В то же время заключение экспертизы качества медицинской помощи и подобные ему документы могут быть полноправно использованы в качестве оснований для возбуждения уголовного дела на стадии предварительной проверки сообщения о преступлении.

Проверки правильности проведенного лечения могут быть проведены контролирующими органами и по требованию следственных органов, направленному в порядке ч. 1 ст. 144 УПК РФ.

Из судебно-следственной практики

Так, в ходе доследственной проверки по факту смерти в лечебном учреждении 39-летней В., проводившейся Цивильским межрайонным следственным отделом следственного управления СК России по Чувашской Республике, были получены данные о том, что главный врач Красноармейской центральной районной больницы психиатр-нарколог С. назначила больной лечение «от употребления алкоголя». Согласно акту исследования трупа В., причиной смерти явились сахарный диабет и острый панкреатит. По требованию следователя Министерство здравоохранения и социального раззития Чувашской Республики провело проверку правильности лечения В., в результате чего было установлено, что она скончалась от несоблюдения стандартов обследования и лечения, в связи с чем ей не был вовремя поставлен диагноз и было поздно начато соответствующее лечение. Это повлекло осложнение, которое привело к смерти. На основании материалов проверки было возбуждено уголовное дело по признакам преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ. Выводы двух проведенных по делу комиссионных судебно-медицинских экспертиз подтвердили, что при своевременном выставлении В. диагнозов заболеваний и адекватном лечении можно было бы избежать летального исхода. Суд вынес по данному делу обвинительный приговор, вступивший в законную силу.

Аналогичные проверки могут быть поручены подразделениям Роздравнадзора, специалисты которого обладают достаточной степенью профессионализма и компетентности. Однако результаты проверки контролирующими органами качества оказания медицинской помощи могут не соответствовать объективно установленным данным и опровергаться заключениями экспертиз. Подобный случай имелся, в частности, в практике следственных органов СУ СК России по Тамбовской области, когда по результатам такой проверки управлением здравоохранения области был сделан вывод о правомерности действий дежурного врача МУЗ Кирсановская ЦРБ Н. при оказании помощи несовершеннолетнему М- скончавшемуся в данном лечебном учреждении от тупой травмы живота. Согласно заключению комиссионной судебно-медицинский экспертизы, проведенной в областном бюро СМЭ, требования общепризнанных медицинских стандартов при оказании помощи М. не были выполнены. На основании этого заключения и иных собранных доказательств Н. было предъявлено обвинение в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, судом он признан виновным в совершении данного преступления. Главному врачу центральной районной больницы внесено представление, по результатам рассмотрения которого приняты соответствующие меры.

По аналогичным причинам немаловажную роль играет изъятие, приобщение к делу и анализ внутренней служебной документации медицинских учреждений, связанной со служебным разбирательством факта ненадлежащего оказания медицинской помощи. К ним откосятся заключения служебных проверок, протоколы (акты) клинико-анатомических конференций и подобная документация. Содержащиеся в них выводы имеют для следователя исключительно ориентирующий характер, поскольку в ведомственных интересах (касающихся всего медицинского учреждения) могут быть намеренно искажены.

Здесь следует учитывать и то, что ведомственная проверка качества оказания медицинской помощи предполагает работу специалистов с теми же медицинскими документами, которые нужны следователю на стадии до возбуждения уголовного дела для принятия процессуального решения. В связи с этим возникает необходимость как минимум их копирования, поскольку длительное нахождение подлинников в распоряжении одной стороны сделает невозможной работу другой.

Помимо изъятия документов, в которых непосредственно отражается оказание медицинской помощи больному, необходимо тщательное изучение и приобщение к материалам уголовного деда копий или выписок из нормативных документов (законов, указов Президента, постановлений Правительства, приказов Министерства здравоохранения и т.д.), регулирующих отношения в сфере охраны здоровья граждан, в частности, устанавливающих порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, а также различные рекомендации, методические пособия, руководства, инструкции, аннотации и т.д.

При выемке медицинских документов необходимо учитывать положения ч. 3 ст. 183 УПК РФ, согласно которой выемка предметов и документов, содержащих государственную или иную охраняемую федеральным законом тайну, производится на основании судебного решения, принимаемого в порядке, установленном ст. 165 УПК РФ. Разновидностью охраняемой федеральным законом тайны является врачебная тайна — информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (ст. 13 Закона об охране здоровья).

От выемки подобных документов следует отличать получение сведений, составляющих врачебную тайну. Согласно п. 3. ст. 13 Закона об охране здоровья, с письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях. В соответствии с п. 4 той же статьи предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается, в том числе по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органов прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора.

Согласно п. 12.1 Постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 5 марта 2004 г. № 1 «О применении судами норм Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации» (ред. от 30.06.2015), исходя из положений п. 7 ч. 2 ст. 29 УПК РФ, ч. 3 ст. 183 УПК РФ и ст. 9 Закона РФ от *2* июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (ред. от 28.11.2015), выемка медицинских документов, содержащих сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья, являющиеся врачебной тайной, производится на основании судебного решения, принимаемого в порядке, установленном ст. 165 УПК РФ.

Если органам дознания и следствия или суду в связи с проведением предварительного расследования или судебным разбирательством необходимы лишь сведения, составляющие врачебную тайну (факт обращения за медицинской помощью, диагноз заболевания и иные сведения, полученные при обследовании и лечении гражданина), они могут быть представлены по запросу органов дознания и следствия или суда без согласия гражданина или его законного представителя (п. 3 ч. 4 ст. 13 Закона об охране здоровья). В этом случае получение судебного решения о разрешении указанных сведений не требуется.

Таким образом, выемка документов, составляющих врачебную тайну, производится на основании судебного решения, в то время как сведения, составляющие врачебную тайну (без изъятия самих Документов), могут быть получены на основании запроса дознавателя, следователя, без судебного решения.

В связи с изложенным не теряет актуальности проблема законного изъятия медицинской документации на стадии доследственной проверки, когда отсутствие возбужденного уголовного дела становится препятствием для применения ч. 4 ст. 13 Закона об охране здоровья. Из буквального толкования действующего законодательства можно сделать единственный вывод о невозможности на данной стадии изъятия амбулаторной карты и иных медицинских документов в принципе, что, безусловно, способно поставить под угрозу результаты всего дальнейшего расследования в силу возможности их фальсификации или уничтожения.

Изъятие медицинской документации до возбуждения уголовного дела в ходе осмотра места происшествия категорически не рекомендуется, поскольку свидетельствует о явной подмене специально предусмотренного законом следственного действия для изъятия данной категории документов (выемка на основании судебного решения) другим следственным действием (осмотр места происшествия). Исходя же из правовой позиции Конституционного Суда РФ, «изъятие обнаруженных в ходе осмотра места происшествия следов преступления, предметов и документов, имеющих значение для уголовного дела, осмотр которых на месте затруднен или требует продолжительного времени, не может подменять собой процессуальные, в том числе следственные, действия, для которых уголовно-процессуальным законом установлены специальная процедура **к** другие основания и условия проведения (обыск, выемка, наложение ареста на имущество и т.д.)».

В данной ситуации при невозможности безотлагательного возбуждения уголовного дела, т.е. явных оснований, указывающих на признаки преступления, в целях истребования составляющих врачебную тайну сведений следователям рекомендуется применять положения ч. 4 ст. 21 УПК РФ (об обязательности исполнения всеми организациями запросов следователей), ч. 1 ст. 144 УПК РФ (о праве следователя истребовать в ходе проверки сообщения о преступлении предметы и документы) совместно с положениями ч. 3 ст. 13 Закона об охране здоровья о возможности разглашения врачебной тайны с согласия гражданина. При этом заблаговременно (например, одновременно с получением сообщения о преступлении) истребовать у гражданина-потерпевшего либо его законного представителя письменное разрешение на получение следователем всех сведений, составляющих его врачебную тайну. На основании этого (с приложением полученного согласил) мотивировать в соответствующих запросах в медицинские учреждения требование предоставить необходимые сведения либо, основываясь на совокупности приведенных норм, саму первичную медицинскую документацию В случае возникновения споров о законности данного мероприятия, полученное волеизъявление гражданина будет существенно опровергать доводы процессуальных оппонентов о нарушении прав потерпевшего вследствие нарушения (разглашения) врачебной тайны.

Осмотр

При *осмотре документов,* с учетом специфики осматриваемой документации, целесообразно привлечение к осмотру специалистов в этой области. При исследовании медицинских документов необходимо выяснить, в каких документах содержится информация об оказанной медицинской помощи потерпевшему; является ли эта документация исчерпывающей; правильно ли оформлена документация, нет ли в ней исправлений, дописок и других признаков, свидетельствующих о возможной фальсификации; соответствует ли содержание записей в медицинском документе установленным требованиям и т.д. В научно-методической литературе приводятся различные способы фальсификации содержания медицинских документов: описательный (когда неверно описывается процесс оказанной медицинской помощи и (или) не указываются использованные при этом лекарственные препараты); аналитический (когда по существу неверен проведенный анализ, неправильно учтены причинно-следственные связи элементов события); синтетический (когда неверен синтез, делается неправильный вывод).

В протоколе осмотра фиксируются общий вид, наименование, реквизиты документы, его содержание, наличие подписей, оттисков печатей, штампов. В ходе осмотра следует обращать внимание на признаки возможной фальсификации документов — исправления, подчистки, отсутствие отдельных листов или их фрагментов в журналах, медицинских картах, несоответствия между отдельными страницами документа, что может свидетельствовать о переписывании страниц или внесении дополнений, записей «задним числом».

С учетом положений ст. 170 УПК РФ понятые принимают участие в производстве осмотра документов по усмотрению следователя, Если в указанных случаях по решению следователя понятые в следственных действиях не участвуют, то применение технических средств фиксации хода и результатов следственного действия является обязательным. Рекомендуется фиксировать внешний вид документов их содержание с помощью фото- или видеосъемки, применяя такие методы съемки, чтобы максимально точно и подробно передать это содержание, при необходимости и технической возможности сделать ксерокопии документов. Полученные копии помимо того, что фиксируют результаты осмотра, могут быть использованы при производстве следственных и иных действий (допросов, документальных ревизий и т.д.) в период длительного отсутствия подлинников, направленных для производства экспертных исследований.

При выемке и *осмотре компьютерной техники,* информации на электронных носителях необходимо соблюдать тактические рекомендации: обеспечить сохранность имеющейся информации, привлечь специалистов в области компьютерной техники, установить коды доступа и пароли, скопировать имеющиеся в компьютере программы и файлы, правильно упаковать изымаемые объекты с целью исключения несанкционированного доступа к ним и т.д.

Осмотр помещений медицинских учреждений, в которых проходил лечение потерпевший,

проводится с целью проверки условий, в которых он находился, их соответствия требованиям нормативных документов, наличия факторов, создававших угрозу жизни и здоровью пациентов. Проведение такого осмотра целесообразно с привлечением соответствующих специалистов.

В некоторых случаях установление наличия в медицинском учреждении необходимого медицинского оборудования и его осмотр позволяет доказать факт преступного бездействия медицинских работников, не оказавших необходимую помощь пациенту при наличии такой возможности.

Инвентаризации, документальные проверки и ревизии проводятся в случае необходимости установления движения медицинских препаратов, их недостачи или излишков (например, с целью проверки доводов медицинских работников о введении ими необходимых препаратов больному, что получило отражение в документах, при наличии подозрения о фальсификации этих записей и наличии жалоб от пациента или его представителей об отсутствии фактического введения требуемых препаратов).

Следственный эксперимент

Анализ следственной и судебной практики по уголовным делам о ненадлежащем исполнении медицинским работником своих профессиональных обязанностей показал, что медицинские работники часто отрицают причастность к наступлению смерти пациента, выдвигают различные версии, пытаясь запутать следователя.

Разоблачить ложные показания в таких следственных ситуациях представляется проблематичным и зачастую становится возможным лишь посредствам проведения именно такого следственного действия как следственный эксперимент.

При проведении следственного эксперимента следователем проверяется совершение тех или иных действий при определенных условиях конкретным лицом как, например, по уголовному делу в отношении врача-педиатра М., которая причинила по неосторожности смерть малолетнему при следующих обстоятельствах.

Из судебно-следственной практики

К врачу-педиатру М. обратились родители семимесячного сына и сообщили, что у ребенка температура, кашляет. Установив со слов родителей предположительный диагноз — острое респираторное заболевание, М. порекомендовала им ехать в больницу либо вызвать скорую помощь, но они отказались. Мать попросила у М. лекарства для уколов и пояснила, что делать уколы будет брат ее мужа, который имеет навыки введения внутримышечных инъекций. Согласившись с доводами матери, М. стала искать имевшиеся у нее дома лекарства и передала родителям порошкообразный антибиотик «Цефотаксим» во флаконах, ампулу с растворителем «Лидокаин» и ампулу без маркировки и названия на стеклянной поверхности, а также шприцы, при этом написав на картонной бумаге порядок приготовления раствора для инъекции.

По своей преступной небрежности М. в нарушение требований ст. 16 Федерального закона № 86-ФЗ «О лекарственных средствах» к маркировке и оформлению лекарственных средств не убедилась, что передает именно ампулу с водой для инъекций, а передала имевшуюся у нее стеклянную ампулу без маркировки, содержавшую в своем составе пестицид «карбофос» (средство для борьбы с огородными вредителями). В результате введения его внутримышечно ребенок скончался. Виновной в смерти ребенка М. себя не признавала, поскольку считала, что родителям она передала именно воду для инъекций, на которой была надпись «Вода для инъекций». Наличие в квартире яда для насекомых и жуков, тем более в ампулах, похожих на лекарство, отрицала.

В ходе следствия был допрошен родственник, делавший укол ребенку, который пояснил, что он не впервые делал внутримышечные инъекции, также он считал, что сделал укол правильно, воздух из шприца выпустил, не допустил, чтобы на место укола попала грязь.

Когда он вскрыл ампулу без надписи, перед тем как сделать укол, то никакого резкого запаха не было. А когда он пришел домой, то от его рук пахло каким-то специфическим запахом химии, видимо, он дотрагивался до своего лица, и кожа лица горела. Перед тем как сделать укол, у него не было никаких сомнений, что он делает ребенку инъекцию именно антибиотика, потому что брат и его жена заверяли его, что они взяли ампулы у врача, которой доверяют. В целях установления истины и исключения причастности к смерти родственника родителей ребенка следствием был проведен следственный эксперимент.

Согласно протоколу следственного эксперимента с участием специалиста — старшей медицинской сестры детской поликлиники, внутримышечную инъекцию родственник-свидетель выполнил правильно. Он вскрыл ампулу с пестицидом, отломив горлышко ампулы. На расстоянии, превышающем 2—3 см, какой-либо резкого запаха не обнаружено. Запах также не распространился и по истечении 10 минут.

В данном случае смерть малолетнего наступила в результате неосторожных действий врача-педиатра М. Эти неосторожные действия врача состоят в прямой причинной связи с наступившими последствиями, но не вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей.
Результаты следственного эксперимента в совокупности с исследованными доказательствами дали возможность следствию и суду действия М. квалифицировать по ч. 1 ст. 109 УК РФ как причинение смерти по неосторожности и вынести обвинительный приговор.

Имеют место случаи, когда при проведении следственного эксперимента может потребоваться участие специалиста, обладающего специальными познаниями. Его участие сводится к оказанию им содействия следователю в моделировании ситуации, закреплении результатов следственного эксперимента.

Так следственный эксперимент был проведен в ходе расследования уголовного дела в отношении врача-эндоскописта Е., который причинил смерть по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей. В одной из больниц г. Петрозаводска с подозрением на черепно-мозговую травму и кому была доставлена Б. и помещена в палату интенсивной терапии и реанимации, где была подключена к аппарату искусственной вентиляции легких. Для удобства работы с пациенткой и для того чтобы через отверстие соединителя, установленном на интубационной трубке не распространялся неприятный запах, Е. дал распоряжение медицинской сестре закрыть колпачок углового соединителя. В результате этих действий наступила смерть Б., так как они повлекли причинение баротравмы легких (наличие воздуха в плевральных полостях).
В ходе следственного эксперимента с участием главного внештатного специалиста по анестезиологии и реаниматологии Министерства здравоохранения и социального развития Республики Карелия, было им показано, как именно проводится процедура интубации больного и процедура фиброгастродуоденоскопии. Также был продемонстрирован клапан на переходнике, который свободно вращается на 360 градусов, и чтобы перекрыть его необходимо приложить усилие, случайно перекрыть клапан невозможно. Таким образом, следствием была опровергнута версия подозреваемого о том, что закрытие клапана могло произойти самопроизвольно. Наряду с другими доказательствами, собранными в ходе расследования уголовного дела, результаты следственного эксперимента. также подтверждали вину Е. в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ.

Контроль и запись телефонных и иных переговоров. Получение информации о соединениях между абонентами и (или) абонентскими устройствами

Контроль и запись телефонных и иных переговоров подозреваемого, обвиняемого и других лиц могут быть использованы в случаях, когда у следствия имеются основания полагать, что в ходе этих переговоров может быть получена информация, представляющая интерес для установлении обстоятельств происшедшего, например, если в совершении преступления участвовали двое и более сотрудников медицинских учреждений либо последние по телефону обсуждают вопросы оказания медицинской помощи потерпевшему с ним или его родственниками. В соответствии со ст. 186 УПК РФ, производство данного следственного действия возможно только при производстве по уголовным делам о преступлениях средней тяжести, тяжких и особо тяжких преступлениях на основании судебного решения, применительно к рассматриваемой категории преступлений это могут быть преступления, предусмотренные ч. 3 ст. 109, ч. 3 ст. 123. ч. 2 и 3 ст. 238, ч. 2 и 3 ст. 293 УК РФ.

При необходимости установления факта общения между пациентом, его представителями, медицинскими работниками, причастными к оказанию медицинской помощи, производится получение информации о соединениях между абонентами и (или) абонентскими устройствами в соответствии со ст. 186.1 УПК РФ.

Допрос

При расследовании ятрогенных преступлений подлежат установлению обстоятельства, используя которые следователь имеет возможность более целенаправленно, с меньшими затратами времени и сил изучить имеющиеся материалы, оценить законность и достаточность собранной информации и принять решение о возбуждении уголовного дела или определить направления поиска недостающей информации:
• что произошло — неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ) или ненадлежашее исполнение профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ, ч. 2 ст. 118 УК РФ, ч. 4 ст. 122 УК РФ);

• что послужило поводом обращения за медицинской помощью; время начала заболевания (получения травмы и т.д.), что послужило причиной его возникновения; имело ли место обращение за медицинской помощью по этому же поводу, если да, то когда, куда, к кому, какие методы обследования применялись, какой был поставлен диагноз, назначено лечение, выполнялось ли оно;
• какие действия должен был предпринять медицинский работник в процессе выполнения своих профессиональных обязанностей; какие действия предпринял; то есть должны быть сопоставлены реальные действия врача и представления о том, какими они должны быть при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей больного и конкретных условий оказания медицинской помощи (например, возможностей конкретного медицинского учреждения); в чем заключалось ненадлежащее исполнение лицом своих профессиональных обязанностей; если в бездействии, то в чем заключались функциональные обязанности по оказанию медицинской помощи, чем они регламентированы; какие именно действия не были совершены, какие пункты инструкций или положений были нарушены;
• какие последствия наступили (причинение смерти, средней тяжести или тяжкого вреда здоровью, заражение другого лица ВИЧ-инфекцией);
• имеется ли причинная связь между совершенным медицинским работником деянием и наступившими последствиями (вследствие чего наступил нежелательный результат — является ли он причиной особенности организма и необычного течения болезни, либо врач, лечивший пациента, ненадлежащим образом исполнял свои обязанности);
• кто именно оказывал медицинскую помощь или обязан был ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом (фамилия, имя, отчество, число, месяц, год рождения, национальность, гражданство, образование, семейное положение, состав его семьи, место работы или учебы, род занятий или должность, место жительства, наличие судимости; как характеризуется по месту работы, жительства, состояние здоровья);
• является ли виновный медицинским работником, т.е. имеет ли он право на занятие профессиональной медицинской деятельностью, в том числе на оказание медицинской помощи соответствующего вида; обязано ли данное лицо согласно закону оказывать медицинскую помощь; какое образование имеет виновный (номер диплома, имеется ли сертификат специалиста или лицензия на осуществление медицинской деятельности); какие медицинский стаж, врачебная категория, специальное звание лица, ненадлежащим образом исполнившего свои профессиональные обязанности либо не-оказавшего помощь больному без уважительных причин; какими правовыми нормами, приказами и должностными инструкциями регламентируется его деятельность, какой круг обязанностей и полномочий;
• кто является потерпевшим (фамилия, имя, отчество, число, месяц, год рождения, пол, профессия и связанная с ней вредность, состояние здоровья до события преступления, перенесенные заболевания, травмы, операции, беременности и роды, наличие хронических заболеваний, больной или здоровый на момент выполнения медицинских вмешательств); характер и размер вреда, причиненного потерпевшему преступлением;
• непосредственный момент обращения за медицинской помощью (когда), к кому и куда, было ли оно зафиксировано); что конкретно было указано в обращении (жалобы, симптомы, характер заболевания и его развитие, состояние здоровья); когда (число, месяц, год) виновный ненадлежащим образом исполнил свои профессиональные обязанности либо уклонился от их исполнения; когда наступил вред здоровью (смерть, заражение ВИЧ-инфекцией) — до начала оказания медицинской помощи, после начала, но до наступления вреда здоровью (смерти); после выполнения определенного комплекса действий (каких именно);
• где был причинен вред здоровью (дома, в амбулаторных условиях, в стационарных условиях, на улице);
• имеются ли обстоятельства, исключающие преступность и наказуемость деяния (например, невиновное причинение (несчастный случай, казус), обоснованный риск, крайняя необходимость);
• обстоятельства, смягчающие и отягчающие наказание;
• обстоятельства, которые могут повлечь за собой освобождение от уголовной ответственности и наказания;
• обстоятельства, способствовавшие совершению преступления.

Круг лип, которых целесообразно допросить по делам о ятрогенных преступлениях, довольно широк. Его можно определить после изучения медицинской документации, а также после допроса специалиста и (или) после получения у него консультации и заключения судебно-медицинской экспертизы.

Как правило, это липа, непосредственно оказывавшие медицинскую помощь (лечащий врач, дежурный врач, врач-консультант, исполнители медицинских мероприятий) и контролировавшие ее качество (главные врачи, руководители и заведующие отделений и отделов, научные консультанты и др.); патологоанатомы, ведомственные эксперты качества

оказанной медицинской помощи; медработники, проводившие различные исследования (биологические, гистологические и т.д.).

При планировании допросов медицинских работников необходимо предусмотреть последовательность и своевременность производства данного следственного действия. Специалистами отмечается, что распространенной проблемой, с которой сталкиваются следователи при расследовании преступлений данной категории, является корпоративность медицины, т.е. стремление медицинских работников избавить от какой-либо ответственности своих коллег.

Допрос потерпевшего, его представителя

По делам о преступных ятрогениях при допросе потерпевшего или его представителя необходимо учитывать их особое психическое состояние, обусловленное тем, что посягательство на здоровье или жизнь было совершено: в сфере профессиональной деятельности, главной задачей которой является охрана жизни и здоровья граждан; в отношении человека, который, нуждаясь в сохранении ему жизни и восстановлении здоровья, обратился в медицинское учреждение, рассчитывая на гарантированные Конституцией РФ медицинские услуги, достаточные для сохранения его жизни и восстановления здоровья; медицинским работником, обязанным в соответствии со своей профессией и служебным положением принять надлежащие меры к спасению жизни и восстановлению здоровья потерпевшего; а также тем, что вместо улучшения состояния здоровья виновный ухудшил его, причинил вред здоровью или смерть.

Под воздействием этих обстоятельств, оказывающих серьезное влияние на психическое состояние потерпевшего, формируются его показания, значительное место в которых занимают переживания, связанные с причиненным ему физическим вредом, психическими страданиями, социальными неудобствами и другими лишениями.

На фоне указанных переживаний проявляется действие других психологических закономерностей, существенно влияющих на показания (ощущения, восприятие, намять, мыслительные, волевые, эмоциональные процессы). Данное обстоятельство необходимо учитывать при выборе тактики допроса и оценке показаний потерпевшего,

В ходе допроса потерпевшего (или его представителя) выясняются следующие вопросы.

1. Характер, продолжительность заболевания, по поводу которого оказывалась медицинскую помощь (далее — МП) потерпевшему.

2. Какие индивидуальные особенности потерпевшего могли повлиять на ход и результат врачебного процесса.

2.1. Были ли даны врачом рекомендации по поводу дозы назначенного лекарственного препарата или применяемого вещества с учетом возраста потерпевшего; если рекомендации давались, то какие именно и были ли они зафиксированы письменно, в какомдокументе.

Примечание. При выборе тактики и методики врачевания врач Должен учитывать возраст и пол пациента. Влияние возраста на процесс лечения связано с тем, что токсические реакции на лекарственные вещества и препараты чаше возникают у детей и престарелых в основном за счет снижения способности к усвоению препаратов.

2.2. Выполнялись ли эти рекомендации врача исполнителем медицинского мероприятия, самим потерпевшим (если потерпевший несовершеннолетний то его родителями).

2.3. Были ли даны и выполнялись ли рекомендации врача по поводу лечения, обусловленное полом.

Примечание. Назначение медикаментозного лечения без учета пола может привести к нежелательным последствиям. Так, у женщин побочные реакции на лекарственные препараты, включая летальные исходы, встречаются в два раза чаше, чем у мужчин. Объясняется это отчасти тем, что женщины употребляют противозачаточные таблетки и препараты от акушереко-гинекологической патологии, кроме того, чаще обращаются к врачу, а, следовательно, чаще принимают лекарства.

2.4. Не была ли потерпевшая беременна на момент обращения за МП, если да, то сообщила ли она об этом лечащему врачу, какие рекомендации в связи с этим он ей дал по поводу назначенного лечения.

Примечание. Беременность может быть фактором, влияющим на наступление неблагоприятных для пациентки последствий. Во время беременности возрастает чувствительность женщины к определенным лекарствам, которые могут также оказывать побочное воздействие на плод (например, большие дозы тетрациклина оказывают повреждающее действие на печень у беременных, а также отрицательно влияют на образование костей и зубов у плода). Из-за приема некоторых лекарств возможна интоксикация плода с

последующим возникновением дефектов развития.

2.5. Если при кормлении ребенка грудью было назначено лечение, то были ли врачом даны рекомендации с учетом того, что назначенные препараты выделяются с молоком матери и могут вызвать интоксикацию ребенка.

2.6. Есть ли у потерпевшего генетическая предрасположенность, если да, то в чем она выражается и сообщал ли он об этом лечащему врачу.

2.7. Возможны ли у потерпевшего аллергические реакции, если да, то необходимо выяснить:

а) наблюдались ли они до обращения за МП, на какие лекарственные препараты или другие вещества, каким образом проявлялись;

б) сообщил ли он об этом лечащему врачу, каковы были рекомендации и каким образом это было учтено при выборе и проведении лечения;

2.8. Какие имелись особенности развития основного заболевания и сопутствующих патологий:

а) какие были жалобы при обращении за медицинской помощью, были ли они подробно записаны в истории болезни, поликлинической карте;

б) выяснялись ли и были ли названы хронические и ранее перенесенные заболевания.

2.9. Сообщил ли потерпевший врачу о наличии у него вредных привычек: злоупотребление алкоголем, прием наркотиков и др.

2.10. Имел ли место факт самолечения до, *в* момент и после оказания МП, если да, то какие вещества, препараты использовались и какие мероприятия выполнялись Было ли о них сообщено лечащему врачу, если да, то когда, какие рекомендации были получены по этому поводу.

2.11. Имелись ли какие-либо поведенческие особенности у потерпевшего в период оказания ему МП:

а) нарушался ли им предписанный режим, порядок приема лекарств, режим ограничения физических нагрузок, диеты;

б) выполнялись ли им назначенные физиопроцедуры;

в) соблюдались ли рекомендации по поводу ограничений в трудовой деятельности.

2.12. Не было ли воздействия неблагоприятных внешних условий, включая химические факторы (например, сильные запахи краски и др.) и нарушения экологии, в месте проживания, работы, отдыха.

3. Обращался ли ранее в другие ЛТТУ за МП по поводу указанной патологии; если да, то когда, в какое ЛПУ и каков был результат этих обращений.

4. Как может охарактеризовать лечащего врача и других медицинских работников, участвовавших в процессе оказания ему МП, их отношение к нему как пациенту (было ли оно внимательным, заботливым и т.д.). Что может пояснить по поводу их отношения к своим профессиональным обязанностям.

5. Какова была последовательность осуществления врачебного процесса:

5.1. Какие выполнялись исследования (лабораторные, инструментальные).

5.2. Какие специалисты консультировали, каков был их диагноз, какое было рекомендовано ими лечение, было ли оно назначено лечащим врачом; если нет, то было ли им дано какое-либо объяснение по этому поводу.

5.1. Какая проводилась лекарственная терапия, какова ее эффективность; был ли разъяснен принцип действия лекарственных препаратов, предупреждал ли врач о возможных побочных действиях от их приема, объяснял ли как их не допустить.

5.4. Какое проводилось физиотерапевтическое лечение.

5.5. Какое проводилось хирургическое лечение:

а) где и когда проводилось дооперационное обследование и подготовка к операции;

б) сроки пребывания в реанимационном отделении;

в) непосредственный эффект операции;

г) где проводилась послеоперационная реабилитация, какие мероприятия включала в себя, их эффективность.

6.Известно ли потерпевшему что-нибудь о дефекте проведенного в его интересах врачебного процесса иди конкретного медицинского мероприятия. Если да, то как допущенный дефект (травма, возникновение дефекта сам потерпевший.

7. Каковы обстоятельства возникновения ятрогении:

а) когда, в связи с выполнением какого медицинского мероприятия возникли симптомы ятрогении, кем, когда и каким образом были выявлены;

б) как они отразились на самочувствии потерпевшего, как он на них отреагировал;

в) сообщил ли об этом лечащему врачу, если да, то какие были последним приняты меры, какой результат они дали;

г) какое объяснение возникновению ятрогении было дано медицинскими работниками, участвовавшими во врачебном процессе.

8. При каких обстоятельствах наступил неблагоприятный исход:

а) какой неблагоприятный исход имела оказанная МП;

б) когда и на какой стадии оказания МП он наступил;

в) какое объяснение было дано потерпевшему и его родственникам о причине наступления неблагоприятного исхода; были ли эти объяснения убедительными для них; какие имеются лично у них возражения по поводу объяснений медработников;

г) когда и почему возникло мнение о неадекватном оказании МП, о неправильных действиях медицинских работников (кого конкретно); может ли потерпевший сказать, какие конкретно действия привели к наступлению неблагоприятного исхода МП, назвать причину ненадлежащего выполнения медработником своих профессиональных обязанностей и др.

Из судебно-следственной практики

Рассмотрим несколько примеров допросов потерпевших по делам о ятрогенных преступлениях.

1. Потерпевшая А. показала, что дочь В. родилась здоровым, крепким ребенком, болела редко. В этот раз у В. поднялась температура, но поскольку она не превышала 37,5°С, ее не сбивали. Затем температура поднялась выше 38°С. Ни кашля, ни насморка у В. не было. Она вместе с В. в первой половине дня пришла в детскую поликлинику к участковому врачу. Но их участкового врача на месте не было, и ее вместе с дочерью отправили на прием к врачу К., которой на приеме она рассказала, что у ребенка поднялась температура. К. ребенка не осматривала, не слушала дыхание, горло не смотрела, температуру не измеряла. Лишь спросила, чем она сбивала температуру. А ответила, что температуру сбивает лекарственными препаратами, свечами. К. сказала, что этими способами и в дальнейшем следует сбивать температуру. Затем К., прием у которой продолжался примерно 10—15 минут, направила ее с дочерью к стоматологу, который измерил температуру у ребенка – она составляла 38°С. Врач-стоматолог сказал, что быстро язвы не пройдут. После этого она приобрела лекарство, выписанное стоматологом и отправилась с дочерью домой, смазывала лекарством. Ни врач К., ни врач-стоматолог не предложили ей госпитализировать ребенка, не назначили повторный прием. Вечером у В. поднялась температура выше 39°С, она вызвала «скорую помощь». Приехал фельдшер Г., который сделал дочери укол лекарства, после которого температура снизилась до 38°С. Г. она говорила о том, что была днем у врача К., врач-стоматолог назначил ей лечение. Г. не предлагал ей госпитализировать ребенка, не говорил о поставленном им диагнозе. На следующий день к вечеру вновь до 40,2°С поднялась температура у ребенка. Она вызвала «скорую помощь», приехала фельдшер П., которая температуру не измеряла, сделала укол лекарственного препарата и уехала. Никто из врачей, фельдшеров дыхание ребенка не прослушивал. После того как уехала П., она медиков не вызывала. На следующий день температура у дочери не превышала 38°С, она один раз дала ей лекарство дочь была веселая, танцевала. Затем состояние дочери ухудшилось, она лежала на кровати, почти не ела, температура тела не превышала 37,5°С, поэтому она лишь один раз дала дочери лекарство. Утром дочь стала тяжело дышать, она вызвала «скорую помощь», а вскоре дочь умерла у нее на руках, приехавшая «скорая помощь» констатировала смерть. Затем приезжали сотрудники полиции, следователь, осмотрели дом. Труп дочери она отвезла в морг. Ей никто не говорил о том, что у ребенка; она доверилась врачу-педиатру, поставившему диагноз, и назначенному врачом-стоматологом лечению. Сама А. медицинского образования не имеет, поэтому давала дочери лишь те лекарственные препараты, которые назначил или одобрил медицинский работник. Примерно за месяц до того, как В. заболела и скончапась, она также болела. Тогда лечила дочь антибиотиком, назначенным врачом. Дочь после приема антибиотика выздоровела.

2. Потерпевшая Е. показала, что на протяжении 25 лет она проживала с С. в гражданском браке. В браке с С. у них родилась дочь. С. не имел родовых, постродовых травм, не состоял на учете у врачей — нарколога, психиатра, врожденных заболеваний, инвалидности не имел. С. стал высказывать жалобы на боли в области грудной клетки, периодически у него случались приступы, он жаловался на острые боли в сердце. Ранее С. лечился от простудных заболеваний и несколько раз высказывал ей жалобы на боли в области поясницы. С. посещал врачей Кожвинской ГБ с жалобами на возникновение острой боли в области поясницы. Примерно в то же время для подтверждения диагноза С. ездил в больницу г. N, где ему подтвердили диагноз «остеохондроз», который был выставлен врачами ГБ. В последующие годы С. получал лечение по диагнозу.

С определенного времени у С. Появляются боли в области грудины и продолжают возникать боли в области поясницы. С сам неоднократно высказывал ей жалобы на боли в пояснице и груди. С болями С. обращался к врачам Ш., А., С.

В тот день в послеобеденное время С. находился дома вместе с ней. После приема пищи С. отправился спать. Жалоб от С. на боли не поступало. По прошествии нескольких минут после того, как С. отправился спать, она услышала из комнаты, где он находился громкие стоны.

Она забежала в комнату к С. и увидела, что последний лежа на диване, держится руками за грудь, ноги С. были подтянуты к груди. Она вызвала бригаду «скорой помощи», их дочь Семяшкина попыталась заговорить с С, однако он не смог ничего сказать. По прошествии некоторого времени домой прибыл фельдшер ГБ С.
С. стала осматривать С, измерить артериальное давление. Через некоторое время С. сказала, что у С. алкогольная эпилепсия. Е. возмутилась, сказав, что С. на протяжении трех лет не употребляет спиртные напитки, С. сделала больному инъекцию, после чего рекомендовала на следующий день прийти на прием к терапевту. С. не говорила, что С. необходимо госпитализировать. Оставшуюся часть дня С. находился дома, было заметно улучшение его самочувствия, жалоб на боли он не высказывал, приступы не повторялись. На следующий день он утром С. поехал на работу. Около 11 часов позвонил Е. и сказал, что у него снова возникают боли в области груди. Она посоветовала ему обратиться на прием к врачу в ГБ. С. приехал в больницу, и они вместе пошли на прием. Был приемный день врача-терапевта Ш. Времени было около 11 часов, прием уже заканчивался. Она и С. прошли в кабинет к врачу Щ. Она не помнит, кто помимо Ш. находился у нее в кабинете. С. обратился к Ш., сказав, что его мучают боли в области груди. Ш., не осматривая С, сказала, что он у нее уже был на прошлой неделе и заболевание у него неврологического характера, поэтому С. необходимо обратиться к другому врачу. После этого они обратились к врачу-неврологу Ч. Врач приняла их, выслушала жалобы, осмотрела С. и посоветовала обратиться снова к врачу-терапевту. Они пояснили, что только что были у врача-терапевта Ш., и она направила их к неврологу. Врач-невролог Ч. выписала направление на анализы, ЭКГ и настояла на обращение в тот же день к врачу-терапевту. После обеда С. обратился на прием к врачу-терапевту А., которая принимала больных во второй половине дня. Врач А. осмотрела С. выслушала его жалобы и прописала прием лекарств, рекомендовав прийти на повторный прием. Остаток дня и весь следующий день С. провел дома, острых болей у него не было, но по его внешнему виду было заметно, что он мучается от болей в области груди. В первой половине дня С. отправился на прием к врачу-терапевту, его приняла Ш. Ш. осмотрела С., сделала запись в карточке, подтвердив диагноз, который был выставлен С. врачом-терапевтом А. Ш. уже не утверждала, что у С. имеется заболевание, которое она не лечит и не рекомендовала обратиться к врачу-невропатологу. С. было рекомендовано обратиться на повторный прием.
До обеда С. был на процедурах, потом отправился домой. Около 16 часов С. приехал к Е. на работу, сказал, что у него вновь возникли боли в области груди и попросил поторопиться. Она собрала вещи, и они поехали домой. По дороге С. умер».

3. Показания потерпевшей Л., консультанта Уполномоченного по правам человека в области N, о том, что она состоит в должности консультанта Уполномоченного по правам человека. По роду деятельности для защиты прав и законных интересов потерпевшего уполномоченный по правам человека признается следователем или судом потерпевшей стороной по уголовным делам о причинении смерти в случае, если таковыми не могут быть признаны близкие родственники умершего в связи с их отсутствием. Она как представитель уполномоченного по правам человека представляет интересы потерпевшей стороны на следствии и в суде. В их адрес поступило постановление следователя следственного отдела по СУ СК РФ по области о допуске к участию в уголовном деле по факту смерти гражданина КНР Л. Поскольку у гражданина КНР Л. нет родственников, которые могли бы быть признаны потерпевшими, уполномоченным по правам человека в области N ей было поручено принять участие по делу в целях защиты прав и законных интересов погибшего гражданина КНР Л. Обстоятельства причинения смерти гражданину КНР Л. ей стали известны от следователя, в чьем производстве находится уголовное дело. Ранее с Л., а также с обвиняемым Д. она знакома не была, ни в каких отношениях с ними не состояла.

Допрос свидетелей

Свидетелей можно подразделить на три группы: медицинские работники, участвовавшие в оказании помощи потерпевшему, контролирующие качество МП; больные, находившиеся одновременно с пациентом в ЛПУ; родственники, друзья, знакомые потерпевшего, обладающие сведениями о состоянии его здоровья, развитии заболевания и обстоятельствах оказания ему МП.
Допрос медицинских работников. Это самая многочисленная группа свидетелей, к ней относятся: медицинские работники, которые были непосредственно задействованы во врачебном процессе; лица, контролировавшие качество оказания МП (главные врачи, начмеды, руководители и заведующие отделениями, научные консультанты и т. д); патологоанатомы; ведомственные эксперты качества оказанной медицинской помощи; медработники, проводившие различные исследования (биологические, гистологические и т. д.)
Круг этих свидетелей определяется после изучения медицинской документации и получения

заключения судебно-медицинской экспертизы.

Свидетели этой группы в зависимости от их осведомленности и квалификации могут сообщить следующую информацию:

- по поводу какого заболевания потерпевший наблюдался в данном ЛПУ;
- имелись ли особенности диагностирования и лечения указанного заболевания;
- какие исследования и медицинские мероприятия проводились потерпевшему в период его нахождения в медучреждении, насколько они были обоснованы;
- какая была избрана тактика и методика лечения, какое было обоснование их выбора; давались ли, и если да, то кем, когда, рекомендации лечащему врачу о необходимости пересмотра избранных им методов лечения, о продолжении проведения дифференциальной диагностики и т.д.; каким образом реагировал на это лечащий (дежурный) врач;
- какие особенности протекания болезни наблюдались до и после проведения медицинского мероприятия, какие имелись объяснения этому;
- что явилось причиной возникновения дефекта МП, развития ятрогении; могла ли ятрогения и если да, то каким образом обусловить наступление неблагоприятного исхода. Имелась ли возможность предупреждения, устранения последствий;
- каковы были результаты проверок обоснованности проводимого лечения, выводы медицинских комиссий, заключения ведомственных экспертов по поводу качества оказанной МП.

Свидетели, относящиеся к группе медработников, иногда уклоняются от дачи правдивых показаний или утаивают важные сведения об обстоятельствах происшествия, что объясняется нежеланием обострять отношения с администрацией или стремлением скрыть ненадлежащие деяния коллеги. Необходимо заранее продумать план допроса и возможность использования тактических приемов.

Из судебно-следственной практики

1. В ходе допроса П. показал, что работает в должности врача-хирурга. Существует шесть уровней тяжести проведения операций. Аппендицит по сложности относится к третьему уровню. Все зависит от анатомических особенности больных, от расположения аппендикса, иногда он может располагаться в углубленных местах. Во время работы все врачи дежурят, согласно должностной инструкции, примерно 7-8 раз в месяц. П заступил на дежурство с 8 часов утра до 8часов утра следующего дня. Во время дежурства, в приемное отделение поступил Е., он пришел с женой и жаловался на боли в животе. Изначально он его принял как дежурный врач, т.е. первым осмотрел его. На момент поступления состояние Е. было средней степени тяжести. В приемный покой он обратился сам. На момент поступления в приемный покой был на ногах, сам говорил о своем состоянии и жаловался на боли в животе.

Первоначальный осмотр Е. был произведен в смотровом кабинете, осматривал его сам. Е. по телосложению был большим. После осмотра по симптомам был поставлен диагноз. Результаты анализов больного указывали на воспалительный процесс, кардиограмма была без острой коронарной патологии — это значит, что у него не было инфарктов и сердце позволяет оперировать. Так как больной был с большим весом, он был осмотрен наиболее опытным врачом-терапевтом В. Из-за большого веса больного во время операции могли возникнуть трудности. Также для осмотра больного был вызван ответственный врач М. (один из опытных врачей), который также подтвердил поставленный диагноз.

Больные с такими симптомами обычно оперируются под общим наркозом, т.к. под местной анестезией больной мог почувствовать боль, так как подкожно-жировая клетчатка достаточно большая и обезболивание могло бы не подействовать. У больного Е. были плохие анализы, боли сохранялись, в связи с этим было принято решение об экстренной операции, так как была угроза, что аппендикс мог лопнуть. П. вызвал анестезиолога С, которая дежурила в тот день. Она осмотрела больного и сказала, чтобы его подняли в операционную. Анестезиолог сам принимает решение, какой именно наркоз ставить, без консультации с другими врачами. Как он знает, было принято решение делать операцию под общим наркозом, считает, это было правильное решение. Далее больного Е. увезли в операционную, где его и оперировали. Он оформил историю болезни и передал в операционную. Больного Е. оперировала врач-хирург К. Около 5 часов утра узнал от медсестры-функционалиста, которая делала кардиограмму В., что последний умер. Он очень удивился этому. Считает, что смерть больного наступила в результате ненадлежащего осмотра в послеоперационном периоде. Со слов К, знает, что операция прошла успешно, без осложнений, во время операции остановки сердца не было. При вскрытии было видно, что швы на кишках были состоятельны, рана была чистая, без патологий, не было следов кровотечения. Больного Е. оперировали достаточно опытные, одни из лучших хирургов. Во время операции первым всегда приходит анестезиолог, который от начала до конца операции следит за состоянием больного. После окончания операции анестезиолог сопровождает больного в реанимацию, где передает другому врачу.

Допрос патологоанатома. Примерный круг вопросов, которые следует выяснить:

- какова его квалификация и опыт работы патологоанатомом;

• какой практикуется им порядок вскрытий;
• какими медицинскими документами регламентируется технология патологоанатомических вскрытий и знаком ли он с ними;
• какова причина смерти потерпевшего;
• какова характеристика результатов вскрытия (объективные данные, подтверждающие концепцию патологоанатомической причины смерти);
• имелись ли признаки ятрогении, если да, то в чем они выражались;
• роль ятрогенных последствий в танатогенезе (спровоцировали наступление смерти, повысили вероятность наступления летального исхода, существенным образом не сказались на причине смерти и т.д.);
• какие органы, почему и каким образом были изъяты для гистологического исследования;
• какие были применены методы гистологического исследования, чем объясняется их выбор, насколько они полны, применялась ли количественная оценка результатов гистологического исследования;
• были ли учтены результаты дополнительных исследований при постановке патологического диагноза.

Допрос свидетелей — больных, находившихся одновременно с потерпевшим в ЛПУ. Они могут дать показания о визуально наблюдавшихся симптомах протекания заболевания у потерпевшего, его высказываниях по поводу состояния здоровья и отношения к проводившемуся ему лечению, о его физических и психических страданиях, о медицинских мероприятиях, выполнявшихся потерпевшему, очевидцами которых они были, об отношении медицинского персонала к потерпевшему.

Из судебно-следственной практики

После того, как мне сделали операцию я лежал в отделении реанимации. Рядом со мной в палате лежал мужчина большого телосложения. Ночью этот мужчина стал задыхаться, стучал по аппарату искусственного дыхания. Тогда я встал и вышел в коридор, чтобы позвать кого-нибудь, но в палате и в коридоре никого из медицинского персонала не было. Потом, когда **я** вернулся в палату, зашли медицинские сестры и стали откачивать этого мужчину. Что было дальше, я не помню, так как заснул. Помню, что в ту ночь у меня всё пересохло, хотелось пить, но никого рядом из медработников не было. В ту ночь кроме медицинских сестер никого не помнит, не помнит, чтобы в палате рядом с ними был медицинский работник мужского пола.

Допрос свидетелей — родственников, друзей, знакомых, которые навешали потерпевшего в период болезни. У них можно выяснить:
• в течение какого периода и на что (на боли какого характера) жаловался потерпевший;
• в какие медицинские учреждения он обращался, какая в них оказывалась ему помощь, каковы были ее результаты;
• не пользовался ли он одновременно услугами нескольких специалистов;
• каково было состояние его здоровья до и после проведенного ему медицинского мероприятия;
• в какой период резко ухудшилось его самочувствие;
• видят ли они причинную связь между проведенным потерпевшему конкретным медицинским мероприятием и наступившим неблагоприятным исходом; если да, то на каких их личных наблюдениях основан такой вывод.

Из судебно-следственной практики

Н. показала, что ее отец С. за некоторое время до своей смерти стал высказывать жалобы на давящие и жгущие боли, возникающие в груди. Она не знает, была ли системность в возникновении болей в области груди у ее отца, ей кажется, что боль у него возникала спонтанно. Иных жалоб на здоровье от С. она не слышала. Она пришла домой к родителям, где провела какое-то время. Пока была дома у родителей, она наблюдала, что отец плохо себя чувствует, он был бледен, губы были неестественно черного цвета. Жалоб на боли он не высказывал, однако она с мамой понимали, что ему больно. Через некоторое время она собралась идти домой и выйдя на улицу, решила купить в магазине продукты питания. Когда она находилась в магазине, ей позвонила мать и сообщила, что отцу очень плохо и просила вернуться домой. С того момента как она покинула квартиру родителей и как ей позвонила мать, прошло не более 10—15 минут. Она вернулась домой и увидела, что С. лежит на кровати, а руки прижимает к груди. Она попыталась заговорить с С, однако он не смог ей ничего ответить, так как испытывал сильную боль.

Вскоре приехал фельдшер городской больницы В., которая стала осматривать С. Осмотрев

отца, В. сказала, что у него алкогольная эпилепсия. Она и мама возмутились, сказав, что отец уже долгое время не употребляет спиртные напитки. В. рекомендовала обратиться С. на следующий день к врачу ГБ. Она спросила у В., не лучше ли будет госпитализировать С, на что последняя заявила, что нет оснований опасаться за здоровье С . и в госпитализации он не нуждается. В. сделала С. инъекции, какими препаратами она не знает, после чего ушла. После ухода В. она еще какое-то время провела в квартире родителей, С. уснул, и она ушла к себе домой. В последующие дни С. обращался к врачам городской больницы, однако подробности ей неизвестны. В первой половине дня ока встретилась с С, он должен был довести ее до переправы на реке. По внешнему виду отца, она поняла, что он также плохо себя чувствует. Лицо С. было серого цвета, губы почернели, она поняла, что его мучают сильные боли, однако отец не жаловался ей на боль. С. довез ее до переправы, и она уехала в г, N. По прошествии нескольких часов она узнала, что ее отец скончался. Она считает, что смерть С. была вызвана ненадлежащим исполнением врачами городской больницы своих профессиональных обязанностей.

Допрос свидетелей — лиц, занимающихся обслуживанием медицинской аппаратуры. Предметом допроса указанных лиц является выяснение следующего:

- перечня и технических характеристик средств медицинской техники, установленной в организации;
- периодичности технического обслуживания, проведения профилактических и ремонтных работ;
- сведений о произошедших за последнее время случаях выхода аппаратуры из строя;
- не появлялись ли в помещении, где расположена медицинская техника, посторонние лица;
- перечня используемого программного обеспечения, не было ли сбоев в работе программ;
- каким путем, где и кем приобретается медицинская техника, как осуществляется ее ремонт и модернизация.

Из судебно-следственной практики

1. Т. показал, что работает в качестве инженера-техника, обслуживает технические аппараты, находящиеся в отделении реанимации. В отделении реанимации используются в основном аппараты ИВЛ «Фаза-21, «Фаза-7» и «РО-6». Данные аппараты по техническим данным практически равноценны, отличаются лишь по габаритам. Аппараты «Фаза-21» являются более новыми, они небольшие, компактные и их можно легко переносить и подключать. Аппарат «Р0-6» более габаритный. Аппарат «Фаза-21» имеет табло, на котором показывается частота дыхания, объем дыхания, который выражается в литрах. Уровень объема у каждого больного определенный. Вес параметры устанавливаются вручную врачом, в зависимости от роста, веса больного. Аппараты ИВЛ «Фаза-21» и РО-6 подключаются к сети. В отделении имеются всего восемь аппаратов «РО-6», и более 10 аппаратов «Фаза-21». Каждый аппарат перед подключением к больному проверяется медперсоналом — врачом либо медсестрами; если аппарат не дает нужные параметры, то его выставляют для ремонта. Аппараты «РО-6» более старого образца, и у них воздух подается лучше, чем у аппарата «Фаза-21», так как в нем двигатель и объем меха более мощнее.
Т. знает, что ночью был случай смерти больного Е. Утром он вместе с начальником службы медтехники произвели осмотр аппарата ИВЛ «РО-6», подключенного к больному Е. На момент осмотра данный аппарат был в исправном состоянии.

2. Е. показал, что работает в отделе медтехники. Он занимается организацией по заключению договоров на обслуживание медицинской аппаратуры. При получении медицинской техники оформляет акты ввода в эксплуатацию в-составе комиссии из трех человек. В начале года старшая медсестра отделения реанимации попросила его проверить аппарат, пояснив, что ночью данный аппарат был подключен к больному, и что он якобы сломан. Е. вместе с Т. пришел в отделение реанимации, где они осмотрели аппарат искусственной вентиляции легких (ИВЛ) РО-6—03, который подозревали в неисправности. Осмотрев аппарат, они составили акт о том, что аппарат исправен, т.е. при включении аппарат никаких сбоев не давал, они даже оставили включенным аппарат на несколько часов и позже посмотрели — аппарат все так же работал. Они составили акт, в котором расписались в том, что аппарат полностью исправен. Они так же осмотрели монитор, куда подключаются датчик пульсоксиметр, который проверяет сатурацию — уровень кислорода в крови. Они проверяли именно тот монитор, датчики которого были подключены к больному Е. Монитор и датчики также были исправны. Результаты проверки передали в администрацию больницы.

Допрос обвиняемого

Успех допроса во многом зависит от знания допрашивающим медицинской и нормативно-справочной документации. Для определения тактики допроса важно также знать обстановку и условия, в которых проводился врачебный процесс, а также ситуацию, предшествовавшую началу

его осуществления и выполнению медицинского мероприятия (проводилось ли оно по жизненным показаниям, была ли это плановая операция, имелось ли информированное согласие потерпевшего и т.д.). Это дает возможность оценить, насколько правдивы показания допрашиваемого. Особенностью допроса подсудимого по делам о ятрогенных преступлениях является максимальная детализация его показаний. Сначала рекомендуется дать ему возможность изложить очень подробно обстоятельства события, задавая лишь только уточняющие вопросы, после этого допросить, желательно с участием эксперта, по вопросам, подтверждающим его виновность.

При допросе обвиняемого (подозреваемого) прежде всего выясняются вопросы, связанные с его профессиональной подготовкой и деятельностью. Особенно подробно необходимо допросить по технологии медицинского мероприятия или стадии врачебного процесса, при выполнении которого возник дефект, но безотносительно к предмету конкретного ятрогенного события. После выяснения этих вопросов следует ознакомить обвиняемого с записью его показаний, дать их подписать, а затем перейти к допросу по обстоятельствам выполнения конкретного медицинского мероприятия, определенной стадии врачебного процесса, в ходе которого по версии следствия мог быть причинен вред потерпевшему. Такое построение допроса порой лишает допрашиваемого возможности в последующем ссылаться на свою недостаточную квалификацию, на отсутствие опыта, специальных знаний, на незнание медицинских стандартов и т.п.

Если подозреваемый приводит какие-либо данные или ссылается на конкретные обстоятельства, в силу которых он был лишен возможности оказать адекватную медицинскую помощь, необходимо тщательно проверить эти обстоятельства.

Ссылка допрашиваемого на незнание или недостаточное знание симптоматики и особенностей протекания болезни, а также правил проведения медицинского мероприятия, на недостаточную квалификацию должны оцениваться исходя из положения «мог ли... должен ли был...». При необходимости в таких случаях желательно получить консультации у специалиста или эксперта.

Чаще всего обвиняемые по рассматриваемой категории дел не признают свою вину и отрицают наличие причинной связи между их действиями и наступившим неблагоприятным исходом, поэтому важно при постановке вопросов использовать заключения специалистов и экспертов, содержащих информацию о медицинской стороне механизма причинения вреда, а также показания потерпевшего и свидетелей, которые могут «высветить» какие-то личностные качества субъекта и особенности его отношения к своей профессии,

В ходе допроса обвиняемого основными должны быть вопросы о мотиве и причинах избрания определенной методики и тактики лечения или выполнения медицинского мероприятия. Результат допроса во многом зависит от умения следователя формулировать вопросы и тактически грамотно их задавать. При подготовке вопросов желательно воспользоваться помощью эксперта, обсудить с ним не только содержание вопросов, но и сгруппировать их, выделив основные, дополнительные, начальные, промежуточные, детализирующие, контрольные и т.д.

При допросе выясняется следующее.

1. Анкетные данные.
2. Данные о профессиональной и специальной медицинской подготовке, общий медицинский стаж и специальный стаж работы.
3. Знание технологии определенного вида МП или определенного медицинского мероприятия, имевшего неблагоприятный для потерпевшего исход.
4. Характеристика личности потерпевшего, наличие у него индивидуальных и поведенческих особенностей.
5. Описание патологии, имевшейся у потерпевшего.
6. Где, когда и при каких условиях потерпевшему оказывалась МП.
7. Каково обоснование проведенных потерпевшему диагностических исследований (врачебных, лабораторных, инструментальных).
8. Каково обоснование предварительного и клинического диагнозов.
9. Причины несовпадения клинического и цатологоанатолшческого диагнозов.
10. Каково обоснование назначенного потерпевшему лечения.
11. Каким образом осуществлялось наблюдение за динамикой развития болезни и влиянием на ее ход проводимого лечения, какие проводились с этой целью исследования, каким образом оценивались данные их результатов, каковы аргументы сделанных выводов.
12. Как подсудимый может объяснить причину возникновения дефекта (травмы, отравления, заражения, нарушения восприятия и др.), какие меры им были приняты к его устранению, какие имеются об этом записи в истории болезни. Если дефект не был устранен или был устранен несвоевременно, какие тому есть у него объяснения.
13. К каким неблагоприятным последствиям (ятрогениям) при вел допущенный дефект оказания МП.

14. Когда (своевременно, с запозданием), кем и каким образом были выявлены симптомы ятрогении, какие меры и своевременно ли были предприняты к установлению причины их появления и устранению этих причин. Можно ли было не допустить наступления ятрогении, какие для этого меры были предприняты, если меры не были предприняты или были предприняты несвоевременно, какое имеется тому объяснение.
15. Какова причина наступления неблагополучного исхода оказанной потерпевшему медицинской помощи, обусловлена ли она ятрогенией.
16. Какие и почему были допущены подсудимым нарушения правил оказания МП, их влияние на возникновение дефекта, развитие ятрогении, наступление неблагополучного исхода.
Имелись ли реальные условия оказания адекватной МП потерпевшему; если нет, что этому препятствовало, какие предпринимались меры к улучшению ситуации, как это отражено в истории болезни, в других медицинских документах.
18. Каковы объяснения причинной связи между допущенным нарушением правил МП, возникшим дефектом, развившейся ятрогенией, непосредственной причиной наступления неблагоприятного исхода.
19. Какие обстоятельства оказания МП, по его мнению, исключают его уголовную ответственность за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей (действовал в состоянии крайней необходимости, обоснованного профессионального риска, имело место невиновное причинение вреда, т.е. несчастный случай) и др.

Из судебно -следственной практики

3. пояснила, что неприязненных отношений у нее с С, признанной потерпевшей, и свидетелями нет. Она, имея высшее медицинское образование, работала с 1960-х г. педиатром, является пенсионером. С работала врачом-терапевтом, исполняла обязанности начальника медицинской части, а с июля 2009 г. состояла, будучи назначенной, в должности начальника медицинской части УФСИН России. Ее должностные обязанности регламентированы должностной инструкцией начальника медицинской части и совместным Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Минюста РФ. В период 2005—2009 гг. у нее не было должностной инструкции как и.о. начальника медицинской части; она в ней не расписывалась и не видела ее. В ее обязанности в период 2005— 2010 гг. входило соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима, проведение первичных осмотров лиц, прибывших по этапу с конвоем, выявление инфекционных больных, их изоляция и лечение, приемы больных, выявление больных, их оздоровление, согласование перевода в другие учреждения, ведение учета норм питания, осмотр осужденных при водворении в ШИЗО и в СУС, а также оказание неотложной медицинской помощи осужденным. При водворении в штрафной изолятор осужденный С. был осмотрен фельдшером А., установившей, что С. может содержаться в ШИЗО. С. снова был осмотрен в ШИЗО при назначении нового срока содержания фельдшером Т., состояние здоровья осужденного С. позволяло содержаться ему в ШИЗО. В 7.00 ч она пришла на работу, около 8.00 ч оперативный дежурный вызвал медицинский персонал в ШИЗО для оказания медицинской помощи осужденному С, которого осматривали фельдшеры Т. и А., оказавшие ему первую медицинскую помощь. По их докладу около 11 ч 30 мин было установлено, что трое осужденных, в том числе и С, укололись наркотиками. Она поставила осужденному С. диагноз «острое отравление неясной этиологии, кома неясной этиологии». По ее указанию фельдшеры записали данный диагноз и сведения о проведенном лечении в медицинскую карту больного — осужденного С, Фельдшеры Т. и А. сказали ей, что после введенных С. лекарств состояние осужденного С. улучшилось. Решение о его госпитализации из штрафного изолятора в помещение медицинской части на стационарное лечение и наблюдение либо транспортировку осужденного С. в иное лечебное учреждение после доклада фельдшеров она, как и.о. начальника медицинской части, не приняла, посчитав, что опасности для жизни С. нет. Подтверждает весь фактический порядок лечения и примененные фельдшерами лекарства, указанные в медицинской карте осужденного С. Она сама осужденного С. не осматривала, доверилась фельдшерам А. и Т., в ШИЗО сама не ходила. Около 12.00 ч она уехала в учреждение медико-социальной экспертизы. Осматривать в дальнейшем С. в штрафном изоляторе должна была фельдшер А., которая в полдень сообщила ей по телефону, что с осужденным С. все хорошо. Б 15 ч 40 мин в медицинскую часть от оперативного дежурного К. поступил вызов, что осужденному С. плохо. Реанимационные мероприятия проводились в ее отсутствие и не дали результатов. По прибытию в штрафной изолятор был поставлен предварительный диагноз: острая сердечно-сосудистая недостаточность. После чего труп С. был направлен в морг.
Она считает себя неквалифицированным специалистом в сфере наркологии и лечении наркоманов, поэтому не способна правильно определить способ лечения осужденного С. в сложившейся в тот момент ситуации.

3.2. Использование специальных знаний при расследовании ятрогенных преступлений

Использование специальных знаний следователем при расследовании так называемых врачебных (ятрогенных) преступлений осуществляется в различных формах. Прежде всего, это использование помощи специалиста — методической, справочно-консультационной (например, при назначении судебной экспертизы), технической; предварительное исследование следов преступлений и иных вещественных доказательств. Высказанные суждения специалиста по поставленным вопросам могут быть оформлены в качестве заключения специалиста. Немаловажное значение имеет привлечение специалиста к участию в следственных действиях для оказания разносторонней помощи следователю, например, в допросе, освидетельствовании, осмотре места происшествия, осмотре и выемке документов. Как указывалось ранее, в качестве специалистов можно привлекать как судебно-медицинских экспертов, так и действующих сотрудников других (во избежание проявлений заинтересованности) медицинских учреждений, представителей органа управления здравоохранением (отдела, управления здравоохранения) либо органа контроля в этой сфере (Росздравнадзор, медицинские страховые организации). Возможно привлечение и частных лиц, не состоящих в штате медицинских организаций, при обязательном наличии у них специальных познаний именно в той сфере медицинской деятельности, для содействия в которой они привлекаются, а также надлежащего подтверждения данных специальных знаний.

Наиболее распространенной формой использования специальных знаний при расследовании указанного вида преступлений является назначение судебной экспертизы. Проведенные исследования показали, что заключение эксперта оправданно занимает ведущее место в системе доказательств, собираемых по уголовному «врачебному» делу. Установлено, что по каждому второму раскрытому ятрогенному преступлению проводится от двух до четырех судебных экспертиз.

На начальном этапе расследования ятрогенных преступлений перед следствием стоят следующие задачи, для решения которых используются специальные знания сведущих лиц:

- выяснение, как в определенной ситуации должен был действовать медицинский работник, выполняя свои профессиональные обязанности, чтобы оказать пациенту адекватную медицинскую помощь (своевременно, показанную, в достаточном объеме, безопасными методами, с оптимальным использованием имеющихся у него ресурсов);
- выяснение, соответствовало ли лечение и иное оказание медицинской помощи действующим стандартам лечения, другим нормативным и рекомендательным актам в сфере здравоохранения;
- установление, как фактически были выполнены медиком его профессиональные обязанности; какие конкретные нарушения стандартов и иных правил оказания медицинской помощи были медиком допущены;
- установление характера причинения вреда здоровью пациента.

По делам о преступных ятрогениях в обязательном порядке проводится судебно-медицинская экспертиза (далее — СМЭ), которая исследует фактические данные об обстоятельствах происшествия, устанавливаемые на основе специальных медицинских познаний.

Объектами СМЭ являются: материалы уголовного дела, материалы процессуальной доследственной проверки; медицинские документы; живое лицо, труп, вещественные доказательства — материально фиксированные носители информации (медицинские документы (например, имеющие приписки, исправления, следы подчисток), лекарственные препараты, медицинские инструменты, средства и др.).

Задачи СМЭ состоят в выявлении: механизма медицинского события, связанного с оказанием медицинской помощи определенному пациенту по поводу имевшейся у него болезни или травмы, характера и тяжести последних; последовательности действий медицинских работников, осуществлявших врачебный процесс в интересах пациента и их соответствия медицинским правилам; определенного этапа врачебного процесса и (или) медицинского мероприятия, обусловившего наступление неблагоприятного для пациента исхода оказанной ему медицинской помощи; способа допущения дефекта медицинской помощи; времени возникновения, развития и обнаружения ятрогении, степени ее тяжести; характера и результативности действий по устранению ятрогенных последствий; отражения на качестве оказанной медицинской помощи ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей; непосредственной причины наступления неблагоприятного исхода оказанной медицинской помощи; причинно-следственной связи между факторами, детерминировавшими наступление неблагоприятного исхода медицинской помощи; степени тяжести вреда, причиненного пациенту.

Назначению судебной экспертизы по «врачебным» делам предшествует решение

организационных и подготовительных вопросов.

Как правило, такие экспертизы проводятся в судебных экспертных учреждениях Министерства здравоохранения РФ, обычно — бюро СМЭ. Экспертиза проводится комиссионно, причем, если это требуется, к производству экспертизы привлекаются специалисты соответствующего профиля, не являющиеся сотрудниками экспертного учреждения. Привлечение таких специалистов (хирургов, акушеров-гинекологов, невропатологов, анестезиологов, инфекционистов и др.) проводится на платной основе. Стоимость производства экспертизы зависит от объема и сложности работы, от числа и уровня квалификации привлекаемых специалистов.

При выборе врачей, привлекаемых в комиссию экспертов, особое значение приобретает выполнение требований уголовно-процессуального закона (ст. 61, 69, 70 УПК РФ), касающихся незаинтересованности, независимости экспертов, так как сложностью при проведении судебно-медицинской экспертизы является «корпоративность в медицинской среде», когда одни лица покрывают неправомерные деяния других. Важное значение имеет правильная оценка квалификации привлекаемых в комиссию врачей, род их деятельности, характер деловых и личных отношений между ними.

Из судебно-следственной практики

Так, врачом-гинекологом Г. в одной из больниц в Воронежской области была проведена операция больной А., на следующий день после которой больная скончалась. По данным вскрытия причиной смерти явилась воздушная эмболия и гемолиз крови за счет попадания в нее воздуха и жидкости. В заключении комиссионной судебно-медицинской экспертизы было указано, что сообщения полости вен с полостью матки, через которое в вены из матки могли свободно проникать жидкость или воздух, не было, а повреждение в ходе гистероскопии матки трактуется как «возможное». Данное заключение легло в основу обвинения Г. В суде защитник обратил внимание на состав комиссии и отметил, что все ее члены являются чиновниками от медицины, давно не практикуют и не имеют опыта проведения современных операций. В комиссию вошли только два специалиста в области гинекологии, один из которых последнюю из пяти своих операций провел 10 лет назад. К тому же между двумя членами комиссии еще ранее возникли неприязненные отношения в связи с их научной деятельностью. Судом по ходатайству стороны зашиты была назначена повторная судебная экспертиза в Российский центр судебно-медицинской экспертизы с привлечением руководителя отдела общей реанимации НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. Экспертной комиссией был сделан вывод, что Г. провел операцию правильно; отсутствуют какие-либо данные, указывающие на наличие повреждений на стенках вен в матке А., которые мог нанести врач и через которые в кровь могла попасть жидкость. Суд оправдал Г. по предъявленному обвинению в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ в связи с отсутствием в его действиях состава преступления.

Необходимо иметь в виду возможность проведения экспертизы по врачебному делу (в том числе, повторной) и в судебно-экспертных учреждениях другой системы органов исполнительной власти, в частности подведомственных Министерству обороны РФ. Названную систему судебно-экспертных учреждений возглавляет 111 Главный государственный центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз Министерства обороны РФ, в перечень видов экспертиз которого входит и экспертиза в случаях профессиональных правонарушений медицинских работников, качества оказания медицинской помощи. Подразделения центра имеются во всех федеральных округах России и во многих регионах. Проведение экспертизы в экспертном учреждении, не входящем в систему Минздрава России, способно исключить влияние ведомственных интересов на результаты экспертного исследования.

До 2015 г. у судебно-медицинских экспертов, проводящих экспертизы по врачебным делам, отсутствовала какая-либо единая методика их проведения, в связи с чем и описательно-мотивировочные части заключений различных экспертов, и критерии, которыми они руководствовались при оценке правильности лечения, а также их выводы были абсолютно разными и во многом субъективными. Более того, оспорить данные выводы даже при назначении следователем повторных экспертиз было непросто по причине опять же отсутствия единых ориентиров, к которым максимально должны стремиться все составляемые заключения.

Лишь в ноябре 2015 г. в ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» была разработана и письмом заместителя министра здравоохранения России направлена в ведомственные экспертные учреждения единая методика проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по делам данной категории. Таким образом, несмотря на рекомендательный характер данного документа, стоит признать, что он во всяком случае будет являться тем самым эталоном проведения экспертизы, на который эксперты должны равняться в своей работе. При отклонении от рекомендованных

положений одних экспертов и их соблюдении другими (при условии противоречивости их выводов) именно заключение последних может быть признано следствием (и впоследствии судом) более обоснованным и положено в основу обвинения (приговора). С учетом изложенного, следователям предлагается уяснить содержание данной методики и ориентироваться на нее при подготовке к назначению судебно-медицинской экспертизы по уголовному делу и сборе необходимых для этого доказательств.

Следователям необходимо также помнить, что привлечение врача к уголовной ответственности возможно лишь за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, т.е. неправомерное деяние, нарушающее профессиональные нормы, которые составляют:

1) нормативно-правовую базу медицинской деятельности;
2) общепринятые в медицине правила ненормативного характера (рекомендации).

Согласно предложенным рекомендациям, проводя судебно-медицинскую экспертизу по врачебному делу эксперты (как правило, комиссия экспертов) в -первую очередь должны анализировать соблюдение при оказании медицинской помощи пациенту порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанных и утвержденных в соответствии с ч. 2 ст. 76 Закона об охране здоровья.

Согласно ст. 37 Закона об охране здоровья, медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями на основе стандартов медицинской помощи.

Кроме того, при проведении судебно-медицинской экспертизы по врачебному делу экспертная комиссия в обязательном порядке должна руководствоваться критериями оценки качества медицинской помощи, утвержденными приказом Министерства Здравоохранения РФ от 07.07.2015 № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

С учетом этого названные критерии должны быть известны и следователю, а расследование должно предусматривать получение (изъятие) необходимой информации, предметов и документов в целях облегчить получение выводов экспертов относительно соблюдения медицинскими работниками названных критериев.

При оценке степени тяжести вреда здоровью, причиненного человеку при неоказании или ненадлежащем оказании ему медицинской помощи, экспертная комиссия в обязательном порядке устанавливает:

- сущность наступившего исхода (окончательный диагноз);
- сущность недостатка (комплекса недостатков) оказания медицинской помощи;
- наличие или отсутствие причинной связи недостатка оказания медицинской помощи с наступившим неблагоприятным исходом (по отношению к каждому выявленному недостатку оказания медицинской помощи). В случаях, когда причинная связь не может быть установлена по имеющимся объективным медицинским данным, в заключении экспертом указываются причины, по которым она не может быть установлена;
- степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека действием (бездействием) медицинского работника, в случаях наступления неблагоприятного исхода.

Подготовка необходимых материалов, назначение, судебно-медицинской экспертизы качества оказанной медицинской помощи (СМЭ КМП) и криминалистическая оценка экспертного заключения являются важной задачей следствия.

Большое значение имеет правильная формулировка вопросов, которые ставятся перед экспертом. Необходимо учитывать, что хотя эксперт вправе указать в заключении на обстоятельства, имеющие значение для дела, по поводу которых не были заданы вопросы, однако на практике эксперт отвечает лишь на поставленные вопросы (которые в лучшем случае согласовываются со следователем). Поэтому вопросы должны быть конкретными, четкими и ясными, не допускающими двойственного толкования. Вопросы по экспертной оценке качества медицинской помощи должны быть взаимосвязаны, задаваться в логической последовательности соответственно осуществленному врачебному процессу и наступившим последствиям. Необходимо учитывать специфику-конкретной экспертной задачи, не включать в перечень вопросы, не имеющие отношения к делу.

Выносимые на разрешение эксперта вопросы должны относиться к его компетенции. Нельзя ставить на разрешение экспертизы вопросы правового характера, в частности, о наличии признаков состава преступления, виновности или невиновности определенного лица и тем более о форме его вины. Ответы на эти вопросы находятся вне компетентности экспертов и даются следователем или судом. В методической литературе по судебным медицинским экспертизам имеются примерные перечни вопросов, подлежащих выяснению для суждения о правильности осуществленного в интересах потерпевшего врачебного процесса и выполненных медицинских мероприятиях. В зависимости от обстоятельств конкретного дела о преступной ятрогении могут быть поставлены перед экспертом дополнительные самые разнообразные вопросы.

Целесообразно привести основные вопросы, решаемые ятрогенной экспертизой при расследовании подобных дел.

1) Каким заболеванием страдал пациент при нахождении в лечебном учреждении (каков характер имевшихся у него травм)?
2) Правильно ли и своевременно ли был установлен диагноз заболевания (травмы)? Если нет, то в чем это выразилось, требования каких норм (правил) были при этом нарушены, и имелась ли реальная возможность установления правильного диагноза?
3) Правильно ли было организовано и проводилось лечение пациента? Если лечение проводилось неправильно, то в чем это выразилось, требования каких норм (правил) были при этом нарушены, и имелась ли реальная возможность проведения правильного лечения больного?
4) Имеется ли причинная связь между неправильными диагностикой, лечением и возникшими неблагоприятными последствиями?
5) Если исходом неправильного лечения (диагностики) явилась смерть пациента, то какова причина смерти и возможно ли было избежать смертельного исхода при отсутствии упущений и недостатков в лечении (диагностике)?
6) Если у пациента в результате неправильного лечения (диагностики) возникли нарушения функций органов и их систем, а также другие расстройства здоровья, то в чем это выразилось и какова степень тяжести указанных последствий? Возможно, ли было избе жать возникновения данных последствий при отсутствии упущений и недостатков в лечении (диагностике)?

Как уже отмечалось, при расследовании ятрогенных преступлений важнейшую роль играет судебно-медицинская экспертиза. Однако при необходимости могут назначаться традиционные криминалистические и другие судебные экспертизы. Так, при наличии дописок исправлений в медицинских документах назначается почерковедческая экспертизы по исследованию записей (в том числе — цифровых) и подписей; для выявления и исследования подчисток, травлений в документах, восстановления уничтоженных записей проводится криминалистическое (техническое) исследование документов; для установления времени создания, факта внесения изменений и восстановления электронных документов назначается компьютерно-техническая экспертиза.

Как и любое доказательство, заключение судебно-медицинской экспертизы должно быть подвергнуто оценке со стороны следователя и суда, причем эта оценка осуществляется по критериям относимости, допустимости и достоверности (ст. 88 УПК РФ).

Основная цель оценки следователем экспертного заключения о качестве оказанной пациенту медицинской помощи заключается в том, чтобы убедиться в достаточности экспертных данных об установлении причинно-следственной связи между допущенными субъектом нарушениями правил медицинской помощи, возникшим дефектом медицинской помощи, ятрогенией, неблагоприятными последствиями медицинской помощи и возможности их использования в изобличении виновного и принятии справедливого решения по делу.

Заключение эксперта не имеет преимуществ перед другими источниками доказательств. Тем не менее, на практике заключение судебно-медицинского эксперта в силу присущей специфики воспринимается как особое доказательство.

Однако, как показывает анализ практики, заключение эксперта может оказаться неверным и необоснованным (полностью или частично). Причин для этого достаточно много. Эксперту могут быть представлены неверные данные, не те объекты, он может недостаточно хорошо владеть методикой исследования и неправильно его провести. Поэтому прежде чем использовать фактические данные, установленные при производстве экспертизы в процессе доказывания, заключение эксперта должно быть оценено следователем.

Таким образом, под оценкой заключения экспертизы понимается процесс установления относимости и допустимости заключения, определения форм и путей его использования в доказывании.

Процесс криминалистической оценки заключения судебно-медицинской экспертизы может быть разделен на несколько последовательных стадий.

При проверке соблюдения требований закона при назначении СМЭ выясняется, обладают ли эксперты достаточными знаниями и опытом для решения поставленных задач и не вышли ли они за пределы своей компетенции. Нередко судмедэксперты пытаются решать вопросы правового характера, выходя таким образом за пределы своей компетенции, оценивая действия медицинского работника, причинившего вследствие ненадлежащего выполнения своих профессиональных знаний вред здоровью пациента или смерть, как «несчастный случай», «врачебную ошибку». Несчастный случай — это правовая категория, которая законодателем рассматривается как невиновное причинение вреда (ст. 28 УК РФ). Понятие врачебной ошибки имеет сложное неоднозначное содержание, включающее в себя результат действий как противоправных и общественно опасных, так и исключающих уголовную ответственность[1].

Необходимо также установить:

- не проведена ли экспертиза лицом, подлежащим отводу по основаниям, перечисленным в процессуальном законе;
- соблюдены ли права участников процесса при назначении и производстве экспертизы; соблюдена ли процессуальная форма заключения СМЭ и имеются ли все необходимые для этого реквизиты.

Отсутствие в содержании заключения какой-либо из ее частей затрудняет или делает невозможным его оценку.

Следователь при оценке заключения должен проверить подлинность и достаточность исследовавшихся доказательств и образцов. Если экспертиза назначается по поводу летального исхода и к моменту ее проведения труп оказывается захороненным, основными объектами исследования являются медицинские документы, в которых отражен осуществленный в интересах пациента врачебный процесс: история болезни, амбулаторная карта, медицинская книжка, протокол вскрытия и др., и медицинская документация, содержащая сведения о правилах медицинской помоши: стандарты, инструкции, методические пособия и т.п.

Иногда предоставляются гистологические препараты внутренних органов умершего, прижизненные и посмертные рентгенограммы, образцы крови, взятой для лабораторных исследований, и др. Если труп не захоронен, то может быть проведено повторное вскрытие. С этой целью может быть проведена эксгумация трупа.

Пригодность и достаточность образцов для исследования определяется с точки зрения используемых методик экспертного исследования.

Оценка научной обоснованности экспертной методики и правомерности ее применения для следователя не просто сложна, но и, подчас, трудно выполнима, поскольку они не являются специалистами в области медицинских познаний, к которой относится исследование. Сведения о рекомендуемой при определенных обстоятельствах методике и возможных результатах ее применения следователь получают из многочисленной справочной и методической литературы, которая постоянно обновляется. Принятая в других областях знания практика стандартизации или паспортизации методик в судебной экспертизе отсутствует; работа в этом направлении только ведется.

В настоящее время имеются основания говорить о необходимости сопоставления заключения экспертов при его оценке с требованиями методических рекомендаций РЦСМЭ. Расхождение с ними. учитывая его весомость, возможно истолковать как одно из оснований для назначения повторной экспертизы.

Значительную роль играет оценка заключения экспертизы в отношении ее содержания. В данном случае следователь должен проверить, даны ли экспертами ответы на все поставленные перед ними вопросы, а главное — решены ли ими стоящие перед ними задачи, перечисленные выше.

Если с постановкой окончательного диагноза (т.е., сущностью наступившего исхода), а также установлением степени тяжести вреда здоровью существенных проблем в практике не возникает (это традиционные вопросы практически любой судебно-медицинской экспертизы), то задачи но установлению дефектов медицинской помощи и причинной связи между ними и наступившим неблагоприятным исходом (смертью либо вредом здоровью) часто решаются экспертами по-разному.

Дефекты медицинской помоши можно подразделить следующим образом.

1. Дефекты организации оказания медицинской помощи:

- отказ или поздняя госпитализация;
- нарушение показания и правил транспортировки;
- ошибки ведения медицинской документации;
- иные дефекты.

2. Дефекты диагностики:

- несвоевременная диагностика;
- на распознано основное заболевание (травма);
- не распознано осложнение или сопутствующее заболевание (травма);
- иные дефекты.

3. Дефекты лечения:

- позднее начало терапии;
- позднее оперативное вмешательство;
- дефекты назначения и проведения хирургических операций, медицинских процедур, лекарственной терапии;

• иные дефекты лечения.

Наличие дефекта в деянии врача напрямую следует из нарушений им обязательных (нормативных) требований к его профессиональной деятельности (стандартов, порядков оказания медицинской помощи в части, относящийся к деятельности данного врача), а также необоснованного отклонения от рекомендательных положений (клинических рекомендаций), повлекших наступление неблагоприятного исхода (смерть, вред здоровью различной степени тяжести). Данный вопрос требует исключительно экспертных познаний и не может быть решен следователем самостоятельно. Выводы эксперта в данной части могут быть опровергнуты лишь выводами другого эксперта в ходе повторной экспертизы.

Наиболее спорным в теории и следственно-судебной практике является вопрос о наличии и характере причинной связи между установленными дефектами оказания медицинской помощи (разумеется, в случае наличия таковых) и неблагоприятным исходом.

Отсутствие правил (критериев) установления причинной связи и ее видов по делам о врачебных преступлениях привело к распространению в различных регионах и даже среди разных экспертов в одном экспертном учреждении абсолютно разнообразной практики выявления таковой. До составления упомянутых выше методических рекомендаций каждый эксперт был волен делать соответствующий вывод о наличии (отсутствии) и характере причинной связи по своему личному убеждению. Данный вывод, как и применительно к установлению дефектов, мог быть опровергнут лишь выводом иного эксперта, а какой из них более верный — должен определить правоприменитель (следователь, а впоследствии суд), руководствуясь иными общими критериями оценки доказательств.

В настоящее время РЦСМЭ рекомендовано экспертам устанавливать причинную связь, руководствуясь не собственным усмотрением, а общепринятыми в медицине представлениями об этиологии, патогенезе, клинической картине и лечении в отношении конкретной нозологической единицы заболевания, травмы, состояния у данного конкретного пациента.

Причем, по мнению главного медицинского судебно-экспертного учреждения страны, наличие причинной связи всегда означает, что она должна быть прямой. Иное ее наименование (косвенная, непрямая) свидетельствует, фактически о ее отсутствии.

Отсюда вытекает следующий механизм рассуждения, который должен использоваться экспертами, а значит, быть известен и следователям: бездействие медицинского работника при оказании медицинской помощи может приводить к таким неблагоприятным последствиям, при которых организм пациента не может адаптироваться к привычным для него условиям внешней среды самостоятельно, без оказания ему медицинской помощи. Бездействие медицинского работника в этих случаях запускает в организме пациента необратимые патологические процессы, при которых на его организм начинают воздействовать физические, химические, биологические и психические факторы внешней среды, являющиеся для здорового организма физиологическими, а в болезненном его состоянии приобретающие характер повреждающих (например, вдыхание кислорода в привычной концентрации, когда пациенту показана искусственная вентиляция легких с повышенным парциальным его давлением).

Таким образом, согласно общепринятым в медицине представлениям, самостоятельное развитие того или иного имеющегося у человека заболевания (травмы) неизбежно приведет к определенным последствиям, зачастую сопровождающимся наступлением неблагоприятного для потерпевшего исхода (смертью, вредом здоровью разной степени тяжести). Вмешательство медицинского работника, которое должно иметь место в соответствии с его профессиональными обязанностями, при наличии объективной возможности для этого (иными словами, когда заболевание или травма излечимы, а пациент не смертельно, безнадежно болен) может либо вовсепредотвратить наступление неблагоприятного исхода, либо облегчить его влияние на организм (сделать более благоприятным). Если такового вмешательства (надлежащего оказания медицинской по-мощи) не имеется, а врач не исполняет или ненадлежаще исполняет свои профессиональные обязанности, в организме человека запускаются и развиваются все сильнее связанные с полученной ранее травмой (заболеванием) патологические процессы (например, заражение крови), которые, в свою очередь, обусловливают наступление итогового неблагоприятного исхода (смерть, вред здоровью). При таких обстоятельствах, несмотря на то, что таковой исход наступает от полученной потерпевшим травмы либо имеющегося у него заболевания, следует считать, что его наступлению способствовали патологические процессы, вызванные бездействием (либо ненадлежащими действиями) медицинского работника, и данное бездействие (ненадлежащие действия) состоят в причинной связи с этим неблагоприятным исходом.

На практике встречаются два вида ситуаций, которые способны сделать невозможным привлечение медицинского работника к уголовной ответственности даже в случае наличия в его деяниях дефектов оказания медицинской помощи.

1. Субъективный критерий — когда медицинский работник при конкретных обстоятельствах не имел реальной возможности осознавать необходимость проведения в отношении пациента

определенных медицинских мероприятий. Например, в силу специфики проявлений вирусного заболевания (гриппа) у конкретного больного с учетом особенностей его организма и обстановки, в которой пребывал пациент, все симптомы протекающего заболевания свидетельствовали о наличии у него инфекционного заболевания (ангины). Ориентирующийся на симптомы врач, добросовестно проведший диагностику, назначает лечение от ангины, в результате чего больной погибает от осложнений гриппа.

2. Объективный критерий — когда характер заболевания (травмы) либо поведение потерпевшего были такими, что при любых деяниях врача (даже правомерных) неблагоприятный исход неминуемо бы наступил. Например, пациентом получена тяжелая открытая черепно-мозговая травма с утратой части мозгового вещества, но жизнедеятельность организма еще не прекратилась, хотя из характера повреждения очевидно, что пациент доживает последние минуты и шанса на выздоровление нет. Оперирующий такого пациента врач не должен нести уголовную ответственность за наступление его смерти, даже сопровождаемой ненадлежащим лечением, поскольку в любом случае она была очевидна и неминуема. Другой пример: врач устанавливает пациенту капельницу не с тем лекарством, которое требуется для лечения заболевания, а пациент, не желая проходить лечение вообще, самовольно выдергивает из вены иглу и покидает лечебное учреждение, в связи с чем через некоторое время от отсутствия в организме необходимого лекарства наступает его смерть. Поскольку даже в случае начала врачом правильного лечения неблагоприятный исход полностью предопределялся деяниями самого пациента, врач уголовной ответственности за смерть не несет.

Несомненно, установление двух указанных обстоятельств требует использования специальных познаний, в связи с чем относится к исключительной компетенции эксперта.

Часть сомнений можно разрешить в ходе допроса экспертов или путем назначения дополнительной экспертизы. Ценной может оказаться помощь специалистов (врачей клиницистов, ученых), которые могут быть допрошены в качестве специалистов и разъяснить особенности и научную обоснованность использованных экспертами методик. Специалист способен оказать помощь и не в процессуальной форме, давая консультации по исследуемым обстоятельствам.

Нередко для разрешения сомнении в обоснованности заключения или наличия противоречий в выводах эксперта назначается повторная комиссионная экспертиза. Если проводится повторное исследование, то сначала оценивается интерпретация результатов предыдущего исследования, а затем вновь проведенного.

Назначение и проведение повторной экспертизы подразумевает значительные временные, организационные и финансовые затраты. Поскольку присутствуют сомнения в выводах проводивших первичное исследование экспертов (чаще всего, это эксперты регионального БСМЭ), повторная экспертиза в подавляющем большинстве случаев назначается либо в вышестоящее учреждение системы ГСЭУ, либо в БСМЭ другого (преимущественно, соседнего) региона. В первом случае срок расследования способен затянуться на много месяцев лишь в ожидании очереди на производство исследования, во втором связан с необходимостью оплаты проводимой экспертизы. Таким образом, следователем должны быть установлены веские основания назначения повторной экспертизы помимо простого несогласия с выводами первоначальной. Если в случае противоречивости выводов эксперта особых сложностей здесь не возникает, то сомнения в их обоснованности должны быть существенными и аргументированными.

В качестве примерных оснований для назначения повторной экспертизы можно рассматривать следующие ситуации.

1. Характер допущенного медицинским работником нарушения грубый, например, связан с нарушением нормативных требований (при очевидных признаках перелома не проведено рентгеновское или аналогичное ему исследование) либо врачом совершены неправомерные деяния, носящие явно активный характер и непосредственно породившие последствия (например, в ходе операции врачом повреждены внутренние органы, что повлекло наступление неблагоприятного исхода), однако заключение эксперта содержит аргументированный каким-либо образом вывод об отсутствии дефекта медицинской помощи либо причинной связи между действиями врача и последствиями.

2. Деяния самого потерпевшего, очевидно, не могли оказать существенного влияния на наступление неблагоприятных последствий, а согласно экспертным выводам заболевание (травма) существенно усугубились именно в силу поведения потерпевшего, в связи с чем вина врача исключена (например, больному гриппом рекомендован постельный режим, а он некоторое время провел «на ногах», и эксперты указывают на данный факт как предопределивший развитие

осложнений и последующую смерть от осложнений)
3. Воздействие проявлений самого заболевания (травмы) явно несоразмерно дефектам лечения, допущенным врачом (например, больному некой формой гриппа с температурой тела 37.5°С врач назначает и проводит неправильное лечение, вследствие чего наступает скоропостижная смерть потерпевшего от осложнений гриппа, а согласно выводам эксперта тяжесть заболевания предопределила смертельный исход независимо от действий врача).
4. Экспертом установлено отсутствие прямой причинной связи между дефектом оказания медицинской помощи и наступившими последствиями, однако его выводы построены на субъективных рассуждениях, не связанных с общепринятыми представлениями о возникновении, развитии и итоге заболевания (травмы).

При проверке и оценке полноты заключения выясняется, насколько полно исследованы представленные на экспертизу медицинские документы и другие объекты, насколько достаточным и аргументированным является содержание ответов на поставленные вопросы, насколько последовательно и подробно описан ход и результат проведенных исследований.

Оценка логической обоснованности экспертного исследования осуществляется путем анализа последовательности стадий экспертного исследования, логической обусловленности этой последовательности, логической обоснованности экспертных выводов промежуточным результатам.

Подлежит оценке и относимость результатов экспертного исследования к данному уголовному делу. Под ней понимается связь с предметом доказывания и с иными обстоятельствами дела, установление которых необходимо для достижения целей судопроизводства. Проверка относимости результатов экспертного исследования при его оценке заключается в выяснении того, входит ли факт, установленный экспертом, в предмет доказывания или в число иных существенных для дела обстоятельств и позволяют ли выводы, сделанные экспертом, этот факт установить, доказать.

Следователь оценивает также соответствие выводов эксперта имеющимся по делу другим доказательствам, т.е. экспертное заключение сопоставляется и рассматривается в совокупности с другими доказательствами по уголовному делу, в том числе и по критерию достаточности.

Изложенные положения являются общими при оценке заключения судебно-медицинской экспертизы. Перечень вопросов по каждому из них может быть самым разнообразным.

Комиссионные судебно-медицинские экспертизы качества медицинской помощи

Особенностью доказывания по делам о ятрогенных преступлениях является определяющее значение выводов комиссионной судебно-медицинской экспертизы качества медицинской помощи (далее — КСМЭ КМП) для установления способа совершения посягательства на жизнь или здоровье человека.

Вместе с тем анализ таких заключений показывает, что довольно часто при проведении исследования эксперты упускают из поля своего зрения ятрогенное осложнение и его причинно-следственную связь с непосредственной причиной неблагоприятного исхода МП. Выявив дефект в выполнении медицинского мероприятия и указав непосредственную причину смерти или телесного повреждения, они довольно часто отмечают отсутствие между ними прямой причинно-следственной связи, т.к. такое важное звено в этой цепочке (пациент — врач — врачебный процесс — нарушение правил оказания МП — дефект МП — ятрогения — неблагоприятный исход — место — время — обстановка), как ятрогенное осложнение, оказывается за рамками их исследования. Можно по-разному трактовать данное обстоятельство — как невысокий профессионализм экспертов или как умышленное желание исключить ятрогению из причинной цепочки. Поэтому при оценке выводов экспертной комиссии необходим тщательный анализ всесторонности и полноты проведенного исследования и логичности выводов. Это требует от следователя знания существа проблемы, понимания природы ятрогенного случая. Кроме того, установление причинно-следственной связи между деянием медика и наступившим неблагоприятным исходом относится к компетенции следователя, а не экспертной комиссии, которая должна установить содержание причинной связи между факторами, детерминировавшими развитие непосредственной причины неблагоприятного исхода медицинской помощи'.

Задача экспертного исследования по делам этой категории — определить, имело ли место ненадлежащее оказание медицинской помощи, и если да, то какова причинно-следственная связь между допущенным врачом нарушением правил оказания МЛ, дефектом МП, ятрогенией и непосредственной причиной неблагоприятного исхода, а именно смерти пациента или причиненного вреда его здоровью.

Уже в постановке вопросов экспертной комиссии должны быть четко определены границы исследования, обеспечивающие полноту и всесторонность его проведения и объективность выводов.

Вопросы:
1) уточняющие (о причине смерти или телесных повреждений, о диагнозе заболевания);
2) освещающие (об особенностях заболевания, о качестве и полноте оказанной медицинской

помощи);
3) отражающие (о причинно-следственной связи между факторами, детерминировавшими непосредственную причину неблагоприятного исхода МП);
4) выясняющие (о причинах ненадлежащей МП).

Сгруппированные подобным образом вопросы — гарантия соблюдения в экспертных заключениях требований законов логики: тождества, непротиворечия, исключенного третьего и достаточного основания.

Особую сложность для правовой оценки представляют случаи, когда смерть пациента наступает в процессе оказания ему неотложной МП. В этом случае речь может идти об уголовной ответственности медицинского работника, непосредственно оказывавшего МП пациенту в момент наступления смерти, если им были допущены нарушения правил оказания МП: осуществления врачебного процесса, выполнения медицинского мероприятия.

Особенно обострена проблема оценки заключения КСМЭ КМП, когда экспертная комиссия дает заключение о смерти пациента в стационаре.

Когда выдвигается версия о внезапной смерти пациента, то и в справке служебной проверки контрольного органа учреждения здравоохранения и в анализе материалов уголовного дела должно быть учтено такое важное обстоятельство, как временной фактор.

В данном случае от момента появления первых симптомов заболевания до наступления внезапной смерти проходит несколько часов, поэтому по причине ограниченного времени медицинские работники не всегда успевают оказать пациенту медицинскую помощь в требуемом объеме и необходимого качества. При таком развитии события действия медицинских работников не могут расцениваться как ненадлежащее исполнение ими своих профессиональных обязанностей. Здесь речь должна идти о причинении вреда в состоянии крайней необходимости, которое законодатель рассматривает как обстоятельство, исключающее преступность деяния. Но если в ходе оказания неотложной МП врач допускает нарушение правил ее оказания вследствие небрежного или легкомысленного отношения к своим обязанностям, то он должен нести ответственность в соответствии с тяжестью наступивших последствий.

Трудности, возникающие при оценке заключения КСМЭ КМП, могут вызываться объективными и субъективными причинами. К числу первых можно отнести: отсутствие достаточной эмпирической базы, лежащей в основе любого экспертного исследования КМП; разнообразие методик оценки КМП и отсутствие стандартов по их исполнению и др. Субъективные причины могут быть обусловлены: недостаточной квалификацией экспертной комиссии; изложением экспертного заключения на профессиональном языке, не адаптированном для понимания юристами и другими участниками судебного процесса; давлением на экспертов заинтересованных лиц; корпоративностью медиков. Само по себе заключение экспертной комиссии является оценочным доказательством, и его оценку осуществляют участники судебного процесса, т.е. люди, не имеющие медицинского образования. В этом заключена серьезная правовая проблема оценки качества заключения КСМЭ КМП, а именно: оценки полноты, всесторонности и объективности выполненных экспертных исследований и достаточной аргументации их выводов.

Заключение эксперта не имеет преимуществ перед другими источниками доказательств. Тем не менее, на практике заключение судебно-медицинского эксперта в силу присущей им специфики воспринимается как особое доказательство. Прежде всего, это относится к КСМЭ КМП. Доказательственное значение выводов таких экспертных заключений следователями существенно завышается. Считается, что раз они основаны на научных медицинских исследованиях, то не может быть сомнений в их достоверности.

Однако, как показывает анализ практики, заключение экспертной комиссии может оказаться неверным и необоснованным полностью или частично. Причин для этого достаточно много: могут быть представлены неверные данные, не те объекты, экспертная комиссия может недостаточно хорошо владеть методикой исследования. и неправильно ее провести, ее выводы могут быть нелогичными. Поэтому прежде чем использовать фактические данные, установленные при производстве экспертизы, в процессе доказывания, заключение экспертной комиссии должно быть оценено следователем.

Как правило, следователь оценивает только выводы экспертной комиссии, не вдаваясь в анализ исследовательской части заключения, что порой влечет высокую вероятность необъективной аргументации виновности или невиновности медицинского работника, оказывавшего МП, закончившуюся летальным исходом.

Под оценкой заключения экспертной комиссии понимается *процесс установления относимости и допустимости заключения как доказательства, определения его места в формировании доказательственной базы по уголовному делу (материалу проверки) и возможностей использования выводов экспертной комиссии для решения вопроса о виновности медицинского работнику*.

По уголовно-процессуальному закону заключение эксперта не является особым доказательством, однако оценка его всегда требует системного подхода, т.е. изучения не только выводов, но и иссле-

довательской части. Такой подход при оценке заключения КСМЭ КМП особо необходим, т.к. позволяет избежать принятия необоснованного решения по делу (материалу проверки). Обусловлено это не только тем, что экспертное заключение получено на основании проведения определенных исследований с использованием специальных медицинских знаний, которыми не располагает следователь, и процессуальная процедура получения этого доказательства осуществляется не следствием, а экспертами. Это касается всех судебных экспертиз. Оценка КСМЭ КМП сложна тем, что, во-первых, сам процесс оказания МП исходно предполагает вторжение в организм человека, причинение вреда с целью исцеления; во-вторых, результативность оказания МП зависит не только от действий исполнителя (лечащего врача или другого медицинского работника), но и от явлений, которые могут выступить в качестве самостоятельных детерминант неблагоприятного исхода. К ним можно отнести саму патологию (заболевание может быть неизлечимым, протекать с нетипичной картиной симптомов, иметь скоротечное течение и т.д.), неадекватное поведение пациента (позднее обращение за МП, нарушение предписанного режима физической нагрузки, самолечение, употребление алкогольных напитков, наркотиков и т.д.), неблагоприятную экологию и др.

Важной обязанностью следователя является проверка соблюдения требований, предъявляемых к проведению экспертизы УПК Республики Беларусь.

В процедуре процессуально-криминалистической (по форме и содержанию) оценки заключения КСМЭ КМП, имевшей для пациента неблагоприятный исход, можно выделить несколько последовательных стадий.

1. *Проверка соблюдения требований закона при назначении и проведении КСМЭ КМП.* Выясняются следующие вопросы:

• обладают ли эксперты достаточными знаниями и опытом для решения поставленных задач и не вышли ли они за пределы своей компетенции. В комиссию в обязательном порядке должен быть включен врач-клиницист по соответствующей специальности. Нередко экспертная комиссия пытается решать вопросы правового характера: оценивают действия медицинского работника, причинившего вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей вред здоровью пациента или смерть, как врачебную ошибку. Понятие врачебной ошибки имеет сложное неоднозначное содержание, включаюшее в себя результат действий, как противоправных и общественно опасных, так и исключающих уголовную ответственность. Указанный вопрос правовой квалификации требует самостоятельной юридической оценки деятельности врача в целом как субъекта противоправного и общественно опасного деяния, а также его опыта и уровня профессиональной подготовки, что не является предметом судебно-медицинского экспертного исследования. Экспертная комиссия не вправе их оценивать и тем более делать выводы о том, что недостаточный опыт или уровень подготовки врача явились причиной постановки неправильного диагноза или назначения непоказанного или противопоказанного лечения. Данные вопросы находятся исключительно в компетенции следователя. Недостаточные опыт и профессиональная подготовка могут рассматриваться лишь как обстоятельство, смягчающее ответственность, и то только в случаях лечения атипично протекающей или редко встречающейся патологии;

• не проведена ли экспертиза лицом, подлежащим отводу по основаниям, перечисленным в процессуальном законе;

• соблюдены ли права участников процесса при назначении и производстве экспертизы;

• соблюдена ли процессуальная форма заключения КСМЭ и имеются ли все необходимые для этого реквизиты.

Отсутствие в содержании заключения какой-либо из ее частей затрудняет или делает невозможным его оценку.

2. *Проверка подлинности и достаточности исследовавшихся доказательств и образцов.* Если экспертиза назначается по поводу летального исхода и к моменту ее проведения труп оказывается захороненным, основными объектами исследования являются медицинские документы, в которых отражен осуществленный в интересах пациента врачебный процесс: история болезни пациента, амбулаторная карта, протокол вскрытия и др., и медицинская документация, содержащая сведения о правилах медицинской помощи: клинические протоколы, инструкции, методические пособия и т.п.

Представляются гистологические препараты внутренних органов умершего, прижизненные и посмертные рентгенограммы, образцы крови, взятой для лабораторных исследований, и др. Если труп не захоронен, то может быть проведено повторное вскрытие.

В редких случаях проводится эксгумация.

Пригодность и достаточность образцов для исследования определяются с точки зрения используемых методик экспертного исследования.

3. *Оценка научной обоснованности экспертной методики и правомерности ее применения.* Эта деятельность для следователей сложна, поскольку они не являются специалистами в области медицинских знаний, к которой относится исследование. Сведения о рекомендуемой при определенных обстоятельствах методике и возможных результатах ее применения следователь

может получить из многочисленной справочной и методической литературы.

Часть сомнений можно разрешить в ходе допроса экспертов, а также ученых-медиков относительно особенностей и научной обоснованности использованных экспертами методик экспертного исследования.

Нередко для разрешения сомнений назначается повторная комиссионная экспертиза. Если проводится повторное исследование, то экспертами сначала оценивается интерпретация результатов предыдущего исследования, а затем вновь проведенного.

4. *Проверка и оценка полноты и достаточности проведенного исследования и обоснованности выводов экспертного заключения.* Выясняется, насколько полно исследованы представленные на экспертизу медицинские документы и другие объекты, насколько достаточным и аргументированным является содержание ответов на поставленные вопросы, насколько последовательно и подробно описаны ход и результат проведенных исследований.

В ходе проведения экспертизы эксперты должны самым тщательным образом изучить и оценить врачебный процесс, осуществленный в интересах пациента, без этого не могут быть установлены корреляционные связи между факторами, детерминировавшими развитие непосредственной причины неблагоприятного исхода МП. С этой целью медицинские документы должны быть ими исследованы всесторонне, и результаты исследования должны быть изложены в исследовательской части заключения по следующим позициям:

1) по качеству медицинских исследований:

• зафиксированы ли жалобы пациента, достаточно ли они детализированы;

• записан ли анамнез болезни, достаточно ли он уточнен;

• проводились ли осмотры пациента, насколько подробно изложены данные осмотров;

• изложены ли данные физикальных (пальпация, перкуссия, аускультация) наблюдений, достаточно ли они детализированы;

• имеются ли данные о проведении необходимых консультаций врачей-специалистов, были ли они проведены своевременно;

2) по качеству лабораторных исследований:

• были ли проведены необходимые лабораторные исследования;

• проведены ли они в полном объеме и соблюдена ли их кратность;

3) по качеству инструментальных исследований:

• были ли проведены необходимые инструментальные исследования;

• проведены ли они в полном объеме и соблюдена ли их кратность;

• были ли проведены инструментальные исследования, которые могли способствовать ухудшению состояния здоровья потерпевшего;

4) по полноте диагноза:

• Был ли пациенту поставлен диагноз;

• имеется ли нозологический диагноз (содержащий название болезни в терминах, предусмотренных принятыми классификациями и номенклатурой болезней);

• выделено ли основное заболевание;

• указаны ли особенности, стадия и выраженность основного заболевания;

• было ли выделено сопутствующее заболевание;

• указаны ли особенности, стадия и выраженность сопутствующего заболевания;

• выделены ли осложнения основного заболевания и причины их возникновения;

• указаны ли стадия и выраженность осложнения основного заболевания;

• правильно ли проведено выделение основных и сопутствующих заболеваний;

5) по обоснованности диагноза:

• обоснован ли диагноз: жалобами пациента, данными осмотра, анамнезом, физикальными данными, данными лабораторных исследований, данными инструментальных исследований;

• достаточно ли было полученных данных проведенных обследований для постановки клинического диагноза;

• достаточно ли обоснован диагноз заключениями врачей-специалистов; достаточно ли было полученных заключений врачей-специалистов или требовались заключения и других врачей- специалистов

6) по совпадению диагноза:

• совпал ли диагноз: а) с результатами вскрытия; б) с диагнозом последующего этапа оказания МП;

• имела ли место неправильная оценка: а) жалоб пациента; б) данных анамнеза; в) данных осмотра; г) физикальных данных; д) лабораторных исследований; е) инструментальных исследований; ж) заключений врачей-специалистов;

• имела ли место недооценка лабораторных исследований, инструментальных исследований, заключений врачей-специалистов;

7) по качеству лечения:

• проводилось ли лечение необходимыми лекарственными препаратами;
• проводилось ли лекарственное лечение необходимыми препаратами: а) в недостаточной разовой дозе; б) в недостаточной курсовой дозе; в) в избыточной разовой дозе; г) в избыточной курсовой дозе;
• был ли верен способ введения препарата;
• имело ли место лечение индифферентными, непоказанными препаратами;
• имело ли место лечение противопоказанными препаратами;
• была ли избрана правильная схема лечения;
• имела ли место полипрагмазия, т.е. одновременное (нередко необоснованное) назначение множества лекарственных средств и лечебных процедур;
• при проведении лекарственной терапии были ли учтены сопутствующие заболевания;
• проводилось ли лечение несовместимыми препаратами;
• при назначении лекарственной терапии были ли учтены рекомендации врачей-специалистов;
• при проведении лечения имелись ли осложнения основного заболевания и какова причина их возникновения;
• имели ли место побочные действия назначенных лекарственных препаратов;
• было ли показано проведенное лечение (полностью, частично);
• если было неправильно проведено лечение, то способствовало ли оно ухудшению здоровья больного;
• какие были допущены упущения в назначении лекарственной терапии;
8) по качеству инструментальных исследований:
• проводилось ли необходимое лечение с использованием инструментальных исследований;
• проводилось ли лечение необходимыми инструментальными методами с достаточной интенсивностью (с недостаточной интенсивностью, с избыточной интенсивностью);
• имело ли место проведение лечения противопоказанными методами;
• проведенное лечение инструментальными методами: а) могло способствовать ухудшению состояния здоровья пациента, б) способствовало ухудшению состояния здоровья пациента, в) не влияло на состояние здоровья пациента, г) было показано частично, д) было показано полностью;
9) по качеству лечения методами лечебной физкультуры (ЛФК):
• проводилось ли необходимое лечение методами ЛФК;
• были ли использованы все необходимые методы ЛФК;
• лечение было проведено: а) с недостаточной интенсивностью; б) с избыточной интенсивностью; в) с использованием противопоказанных методов ЛФК;
• проведенное лечение методами ЛФК: а) могло способствовать ухудшению состояния здоровья пациента; б) способствовало ухудшению состояния здоровья пациента; в) было частично показано; г) было показано полностью:
10) по соблюдению правил преемственности:
• была ли нарушена этапность в установленном порядке получения специализированной медицинской помощи;
• соответствовало ли заболевание специализации учреждения здравоохранения;
• не был ли пациент передан на последующий этап: а) с опозданием; б) с недостаточным информационным сопровождением;
• не был ли пациент передан на этап медицинской помощи, где ему не мог быть обеспечен необходимый объем помощи.
• имело ли место нарушение правил оказания МП, если да, то каких именно;
• имелся ли дефект оказания МП, если да, то какой, на каком этапе врачебного процесса он мог возникнуть, что могло послужить причиной его возникновения;
• имелись ли нежелательные последствия МП (ятрогения), чем могло быть обусловлено их развитие;
• что явилось непосредственной причиной наступления неблагоприятного исхода, обусловлено ли его развитие ятрогенией;
• имеется ли обоснование причинной связи между действиями медицинских работников по оказанию МП и наступившим неблагоприятным исходом.
5. *Логическая обоснованность экспертного исследования.* Оценка осуществляется путем анализа последовательности стадий экспертного исследования, логической обусловленности этой последовательности, логической обоснованности экспертных выводов промежуточным результатом.
6. *Относимость результатов экспертного исследования к данному уголовному делу.* Под ней понимается связь с предметом доказывания и с иными обстоятельствами дела,

установление которых необходимо для достижения целей судопроизводства.

Проверка относимости результатов экспертного исследования при его оценке заключается в выяснении того, входит ли факт, установленный экспертом, в предмет доказывания или в число иных существенных для дела обстоятельств и позволяют ли выводы, сделанные экспертом, этот факт установить, доказать.

7. *Соответствие выводов экспертной комиссии имеющимся по делу доказательствам,* т.е. оценка экспертного заключения в совокупности с другими доказательствами. Изложенные положения являются общими при оценке заключения КСМЭ.

Перечень вопросов по каждому из них может быть самым разнообразным.

Дать полное руководство, охватывающее полноту изучения каждого ятрогенного случая, невозможно. Однако следователь, формулируя вопросы для экспертов, с позиции криминалистики должен ориентироваться на системную структуру ятрогенного преступления, представляющую собой цепочку взаимосвязанных, взаимообусловленных и взаимозависимых элементов (факторов), детерминирующих развитие непосредственной причины неблагоприятного исхода МП: пациент — врач — врачебный процесс — нарушение правил оказания МП — дефект МП — ятрогения — неблагоприятный исход — место — время — обстановка.

Основные вопросы, подлежащие разрешению при производстве комиссионных экспертиз по данной категории дел следующие.

1. Каким заболеванием страдал пациент при его обращении и нахождении в лечебном учреждении?
2. Правильно ли и своевременно ли был установлен диагноз заболевания у пациента? Если нет, то чем это объясняется? Имелись ли реальные возможности для установления правильного диагноза?
3. Правильно ли в соответствии с установленным диагнозом проводилось лечение пациента — как медикаментозное, так и все прочие виды лечения? Соответствовало ли проводимое лечение клиническим протоколам диагностики и лечения больных?
4. Если лечение проводилось неправильно, то в силу каких причин и к каким последствиям это привело? Какая связь между неправильным лечением и возникшими неблагоприятными последствиями?
5. Если исходом неправильного лечения явилась смерть пациента, то какова причина смерти и возможно ли было избежать смертельного исхода при отсутствии упущений и недостатков в лечении пациента?

Если у пациента в результате неправильной диагностики и лечения возникли нарушения функций органов и их систем, а также другие расстройства здоровья, то в чем это конкретно выразилось и какова степень тяжести указанных нарушений? Возможно ли было избежать возникновения этих нарушений при отсутствии недостатков в лечении пациента?

Среди прочих вопросов можно выделить:

- имеются ли упущения в действиях медицинского персонала и в чем это выражается?
- какова причина неправильных действий медицинского персонала (несвоевременная госпитализация, индивидуальная необычность течения заболевания, отсутствие диагностической аппаратуры, недостаточная опытность врача и т.д.)?
- имел ли врач возможность предвидеть опасные последствия своих действий (бездействия) и мог ли он их предотвратить?

При неправильной диагностике указать:

- были ли применены врачом все способы распознавания заболевания и какие показанные методы не использованы;
- какие меры приняты для уточнения диагноза (консультации специалистов, консилиумы и т.п.).

При неправильно проведенном оперативном вмешательстве установить:

- в чем конкретно выражались неправильные действии врача в процессе подготовки, проведения операции и в послеоперационном периоде; каковы причины неправильного проведения операции;
- имеется ли причинная связь между упущениями медицинских работников и неблагоприятным исходом заболевания и в чем она выражается? Если причинная связь отсутствует, то необходимо обосновать се отсутствие;
- если врачебные действия были правильными, то каковы причины неблагоприятного исхода заболевания?

При неоказании медицинской помощи (неявка врача по вызову больного, отказ в госпитализации, несвоевременное оказание медицинской помощи) установить: мог ли врач предвидеть те неблагоприятные последствия для больного, которые развились.

При обвинении нескольких медицинских работников указать, кто из них должен был выполнить определенные лечебные мероприятия, а также оценить значение действий каждого в наступлении неблагоприятного исхода. Можно ли было при правильном и своевременном оказании медицинской помощи спасти жизнь пациенту?

Выяснить, какие нарушения имели место в организации медицинской помощи в данном учреждении здравоохранения.

Основная цель оценки следователем заключения экспертной комиссии о качестве оказанной пациенту медицинской помощи заключается в том, чтобы убедиться в достаточности экспертных данных об установлении причинно-следственной связи между допущенными субъектом нарушениями правил МП, возникшим дефектом МП, ятрогенией, неблагоприятными последствиями МП и возможности их использования в изобличении виновного и принятии справедливого решения по делу.

3.3. Возмещение имущественного вреда и компенсация морального вреда

Применительно к рассматриваемым преступлениям потерпевший имеет право заявить гражданский иск, т.е. потребовать возмещения имущественного вреда, причиненного преступлением, а также компенсации морального вреда.

В соответствии с ч. 2 ст. 44 УПК РФ гражданский иск может быть предъявлен после возбуждения уголовного дела и до окончания судебного следствия при разбирательстве в суде первой инстанции.

Если потерпевший таким правом не воспользовался, то после вынесения обвинительного приговора в отношении медицинского работника требование о возмещении вреда, причиненного жизни и здоровью, а также компенсации морального вреда можно предъявить в порядке гражданского судопроизводства.

Как правило, на основании поступившего от потерпевшего искового заявления о признании его гражданским истцом по делу, следователь выносит постановление «О признании гражданским истцом» и разъясняет права гражданского истца, предусмотренные ч. 4 ст. 44 УПК РФ, а также положения указанной статьи. Затем следователь выносит постановление о привлечении в качестве гражданского ответчика, при этом руководствуясь ст. 54 УПК РФ привлекает в качестве гражданского ответчика юридическое лицо.

Изучение материалов следственно-судебной практики по анализируемым преступлениям показало, что в ходе предварительного следствия потерпевшие редко заявляют гражданские иски, а заявляют их при рассмотрении уголовных дел в суде. Но в основном гражданские иски о возмещении имущественного вреда, причиненного преступлением, а также компенсации морального вреда рассматриваются в порядке гражданского судопроизводства. Это связано с тем, что гражданский процесс имеет свои преимущества перед уголовным с точки зрения полноты исследования обстоятельств медицинского происшествия.

Из судебно-следственной практики

В судебном заседании Сосногорского городского суда Республики Коми рассматривалось уголовное дело в отношении Т., врача анестезиолога-реаниматолога, работающего в МУЗ «Войвожская районная больница № *2».* В операционную хирургического отделения с диагнозом — прервавшаяся левосторонняя внематочная беременность поступила больная А. В ходе проведения операции Т. была проведена ошибочная интубация, то есть эндотрахеальная трубка была введена больной не в трахею, а в пищевод. В результате гипоксии (нехватки содержания кислорода в крови) наступила смерть А. Потерпевшая Л. — мать А. в судебном заседании заявила гражданский иск о взыскании с подсудимого в ее пользу компенсаций морального вреда в сумме 300 000 руб., а также имущественного вреда в сумме 31 980 руб. Требования о возмещении морального вреда потерпевшая обосновала тем, что переживает огромные нравственные страдания в связи с потерей любимой дочери, неизгладимой и невосполнимой болью — потеря близкого человека, в настоящее время воспитывает двух детей дочери: сына 6 лег и дочь 3 лег. При этом она руководствовалась ч. 1 ст. 1064 ГК РФ, в соответствии с которой вред, причиненный личности или имуществу гражданина, подлежит возмещению лицом, причинившим вред. Ответчик Т. исковые требования признал в полном объеме. Однако в соответствии со ст. 1068 ГК РФ вред, причиненный работником при исполнении трудовых обязанностей, возмещает юридическое лицо. По настоящему иску юридическое лицо — Войвожская больница в качестве ответчика не привлечена, в связи с чем, гражданский иск был передан на рассмотрение в порядке гражданского судопроизводства.

На следующем примере мы видим, как важно определить, кто является гражданским ответчиком в каждом конкретном случае и соответственно отсюда реализуется возможность рассмотрения требований гражданского истца в уголовном деле.

Так, Октябрьский районный суд Челябинской области, вынося обвинительный приговор,

удовлетворил гражданские иски потерпевших о взыскании морального вреда на сумму 250 000 руб. в пользу несовершеннолетнего ребенка умершей Ч.; по 150 000 руб. каждому родителю; 120 000 руб. сестре; 180 000 руб. мужу; материальный вред в сумме 131 482 руб. с взысканием всех перечисленных сумм с МУЗ «Октябрьская 1ДРБ», а при недостаточности средств в порядке субсидиарной ответственности за счет казны Октябрьского муниципального района Челябинской области. Данные гражданские иски потерпевших были рассмотрены в уголовном процессе при рассмотрении уголовного дела в отношении П. и М., являющихся врачами-анестезиологами МУЗ «Октябрьская ЦРБ». В ходе проведения общей анестезии при родах Ч., 1975 г.р. они не выполнили общепринятый прядок оказания анестезиологического пособия в условиях заведомо трудной интубации, а также не выполнили экстренные эффективные действия, направленные на восстановление внешнего дыхания потерпевшей Ч. Приговором суда П. и М. признаны виновными в причинении смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ)[1]. В ходе расследования уголовного дела после признания следствием потерпевших гражданскими истцами ими были заявлены гражданские иски. Далее следствием был правильно определен круг гражданских ответчиков, который несет ответственность за вред, причиненный данным преступлением. Так, были вынесены постановления о признании гражданскими ответчиками муниципальное учреждение здравоохранения «Октябрьская Центральная районная больница» и администрацию Октябрьского муниципального района Челябинской области, что позволило суду при вынесении обвинительного приговора удовлетворить гражданские иски.

3.4. Прекращение уголовного дела

Уголовная ответственность за ненадлежащее исполнение лицом своих профессиональных обязанностей может наступить лишь в тех случаях, когда данное лицо в соответствии с полученным образованием и занимаемой должностью обязано было понимать, что его действия находятся в противоречии с определенными правилами медицины и способны привести к неблагоприятным последствиям. Но когда отсутствует объективная сторона преступления, т.е. в содеянном нет всех признаков данного состава преступления, то, руководствуясь ст. 24, 212, 213 УПК РФ, следствие выносит постановление о прекращении уголовного дела.

Из судебно-следственной практики

Следствием возбуждено уголовное дело по факту смерти малолетней М. по ч. 1 ст. 109 УК РФ. В ходе предварительного следствия установлено, что малолетняя М. взяла находившийся на столе в комнате флакон с таблетками нитроксолина и употребила их в количестве 38 штук. В результате полученного медикаментозного отравления М. была доставлена в ОГБУЗ «Ракитянская ЦРБ», где при оказании ей врачами медицинской помощи в реанимационном отделении скончалась. Мать малолетней М. считает, что причиной смерти дочери послужили неквалифицированные действия дежурного врача К. По ее мнению, если бы врач вытащила зонд по ее просьбе, когда ребенок начал задыхаться, летальный исход не наступил. По уголовному делу, наряду с полученными показаниями матери и бабушки малолетней М., других лиц, находившихся в квартире, врачей больницы, следствием также были изучены их личности. Кроме этого получены все медицинские документы и назначена комиссионная судебно-медицинская экспертиза. Следствием установлено:

- малолетняя М. воспитывалась в благополучной семье, родительские обязанности ее матерью исполнялись надлежащим образом. Достоверно установлено, что все лекарственные средства хранились в квартире в недоступном месте. Бабушка ребенка, достав таблетку, плотно закрыла флакон, поставив его на стол высотой 70 см и пошла на кухню за водой, чтобы дать ребенку лекарство;
- врач анестезиолог-реаниматолог М. и заведующий детским отделением К. по месту работы характеризуются положительно и имеют опыт практической деятельности более 25 лет;
- причиной смерти ребенка явилось острое пероральное отравление таблетками нитроксолина с развитием токсичного отека легких. Учитывая принятую дозу лекарственного препарата, более чем в 30 раз превышающую терапевтическую дозировку взрослых, возраст ребенка, стремительное развитие клинической картины отравления, вероятность благоприятного исхода сомнительна. Лечебно-диагностические мероприятия ребенку проводились в соответствии с выставленным диагнозом, правильно, своевременно, в полном объеме и были направлены на спасение жизни ребенка, в связи с чем отсутствует причинная связь между действиями каждого из врачей и наступившими последствиями.

Проанализировав вышеуказанные доказательства, следствие пришло к выводу, что в действиях врачей не усматриваются объективная сторона и субъективная сторона преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ.

Следствие также пришло к выводу об отсутствии в действиях матери и бабушки малолетней М. состава преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 109 УК РФ, так как они не

могли при данных обстоятельствах предвидеть смерть малолетней М., поэтому имело место случайное причинение смерти.

Уголовное дело производством прекращено по основанию, предусмотренному п. 2 ч. 1 ст. 24 УПК РФ, за отсутствием состава преступления.

Приложения

Приложение 1

Обзор судебно-следственной практики по делам о ятрогенных преступлениях

Статья 109 УК РФ

СУ СК РФ по Республике Коми

Т.В.Н., работая в должности врача анестезиолога-реаниматолога МУЗ «Войвожская районная больница № *2»* 31.01.2008 г. при проведении эндотрахсального наркоза и подготовке к операции больной Т.. 30 лет, по поводу прервавшейся левосторонней трубной беременности допустил ошибочную интубацию пищевода (вместо трахеи), которая привела к гипоксическому синдрому (понижение содержания кислорода в кропи) с развитием постгипоксической энцефалопатии, отеку и дислокации головного мозга, что и явилось причиной наступления смерти больной. Между ошибочной интубацией пищевода (вместо трахеи) и наступлением смерти Т. имеется прямая причинно-следственная связь.

Обвиняемый Т.В.Н. свою вину признал полностью, пояснил, что в данной больнице работал с 1977 г. в качестве врача-хирурга и с 1979 г. в качестве анестезиолога-реаниматолога по совместительству. С 1993 г. не имел сертификата специалиста (анестезиолога-реаниматолога), поскольку учеба была перенесена с декабря 2007 года на март 2008 г. Интубацию произвел ошибочно, поскольку при введении трубки трудно было определить вход в дыхательные пути.

Допрошенный в качестве свидетеля главный врач МУЗ «Войвожская РБ № 2» Ш.С.В. пояснил, что Т.В.Н. не имел сертификата специалиста (анестезиолога), его учеба была запланирована на март 2008 года, однако к работе Т.В.Н. был допущен из-за отсутствия других специалистов.

Вина Т.В.Н. в ходе следствия подтверждалась показаниями свидетелей из числа медработников больницы, принимавших участие в проведении операции больной Т., актами служебного расследования по факту смерти больной, в ходе которых на этапе анестезии выявлено ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей врачом Т.В.Н.: отсутствие доступа в центральную вену у больной с внутренним кровотечением, некачественное проведение предоперационной подготовки пациентки, в частности инфузионной терапии, отсутствие настороженности в отношении неправильного нахождения интубационной трубки, отсутствие должного контроля за дыханием во время операции, поздняя переинтубация, что в итоге привело к развитию гипоксического состояния, а также заключением судебно-медицинской экспертизы, которая определила наличие прямой причинно-следственной связи между ошибочной интубацией пищевода и наступлением смерти больной. Кроме того, в своих выводах данная экспертиза указала, что при проведении наркоза врач-анестезиолог руководствуется общепринятой в анестезиологической практике методике. Только врач-анестезиолог несет ответственность за правильное оказание анестезиологического пособия. После интубации врач обязан убедиться, что эндотрахеальная трубка находится в просвете трахеи, для чего следует провести аускультацию легких, обратить внимание на цвет кожных покровов, слизистых оболочек и ногтевых лож (они должны иметь физиологический цвет), вести контроль за гемодинамическими показателями (артериальное давление, электрокардиограмма); при выявлении гемодинамических нарушений анестезиолог обязан установить их причину и незамедлительно устранить. Указанные мероприятия врачом Т.В.Н. были выполнены не в полном объеме, смертельный исход у больной Т. можно было предотвратить при своевременной диагностике ошибочной интубации (диагностирована с опозданием на 20 минут) в пищевод и срочной переинтубации.

Приговором суда Т.В.Н. признан виновным в совершении преступления, предусмотренного

ч. 2 ст. 109 УК РФ. Ему назначено наказание в виде лишения свободы сроком на два года шесть месяцев, условно, с испытательным сроком два года, с лишением права заниматься медицинской деятельностью и занимать соответствующие должности в медучреждениях сроком на три года.

СУ СК РФ по Республике Коми

С.Р.М. — врач-терапевт, Ш.Г. Н. — участковый врач-терапевт, А.Е.А. — заведующая стационарным отделением с ведением больных терапевтического профиля Кожвинской городской больницы ненадлежащим образом исполняли свои профессиональные обязанности, что повлекло по неосторожности смерть больного С. в результате острой сердечной недостаточности.

Допрошенные в качестве обвиняемых С.Р.М., Ш.Г.Н., А.Е.А. своей вины не признали, настаивали на том, что надлежащим образом выполнили свои врачебные обязанности. С. при обследовании был установлен диагноз — грудной остеохондроз, в связи с которым ему было назначено соответствующее лечение. При этом проведенное исследование — ЭКГ — не указывало на нарушение сердечной деятельности, ранее стенокардия у него не выявлялась.

Вина медицинских работников подтверждалась показаниями потерпевшей, свидетелей из числа сотрудников медучреждения, приобщенными к делу и осмотренными медицинскими документами, заключениями судебно-медицинских (в том числе комиссионной) экспертиз, из заключений которых следовало, что к смерти С. привели несвоевременная госпитализация, ошибочно установленный диагноз и отсутствие оптимальной тактики лечения. Ни одним из перечисленных выше врачей не были соблюдены стандарты оказания медпомощи. Ошибки каждого из терапевтов при определении диагноза обусловили неоказание С. своевременной и необходимой помощи, а в результате — и его смерть вследствие развития заболевания. Между фактом смерти С. и ненадлежащим оказанием ему медицинской помощи имеется прямая причинно-следственная связь.

Приговором суда медицинские работники признаны виновными в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ. Им назначено наказание в виде ограничения свободы сроком на один год.

СУ СК РФ по Челябинской области

М.С.В. и П.Ю.А., являясь врачами анестезиологами-реаниматологами МУЗ «Октябрьская ЦРБ», 26.12.2009 г. проводя общую анестезию методом эндотрахеального интубационного наркоза для последующего проведения операции по экстренному оперативному родоразрешению (кесарево сечение) Ч., 34 лет (беременность 28 недель), не выполнили общепринятого порядка оказания анестезиологического пособия в условиях заведомо трудной интубации, а также не выполнили экстренных эффективных действий, направленных в неотложной ситуации на восстановление внешнего дыхания Ч., что явилось дефектом медицинской помощи, находящимся в прямой причинно-следственной связи со смертью последней. Длительные попытки интубации, неизбежно связанные с кислородным голоданием, привели к гипоксии и гибели плода.

Согласно заключению судебно-медицинской экспертизы, смерть Ч. наступила в помещении операционного блока больницы в результате асфиксии, развившейся в ходе анестезиологического пособия — интубации трахеи, во время которой возникли технические сложности проведения манипуляций, а именно невозможность проведения и установки трубки на фоне действия миорелаксантов.

Допрошенные в качестве обвиняемых М.С.В. и П.Ю.А. своей вины не признали, обвиняя друг друга в наступлении смерти пациентки.

В соответствии с заключением судебно-медицинской экспертизы неоднократные попытки проведения врачами интубации вслепую, не являлись оправданными. В условиях возникшей острой дыхательной недостаточности Ч. были реальные шансы спасти пациентку путем проведения безотлагательной коникотомии, т.е. восстановления проходимости дыхательных путей путем рассечения конической связки гортани с последующим введением через образовавшееся отверстие в трахее дыхательной трубки и подключением к аппарату искусственной вентиляции легких. Данная манипуляция выполняется быстро, не требует особого инструментария, относится к разряду обязательных навыков, которыми должен владеть любой врач анестезиолог-реаниматор. Попытки реанимировать пациентку без восстановления дыхательной функции были обречены на провал.

Вместе с тем из материалов уголовного дела усматривается, что в операционной отсутствовал набор инструментов, необходимый для осуществления трахеостомии (инструменты находились в другом корпусе больницы), врач М.С.В. пояснил, что не обладает навыками выполнения данной манипуляции.

Кроме того, в ходе расследования установлено, что карта анестезии Ч. была утеряна, врачами был изготовлен ее дубликат (по памяти).

Внутрисердечные иглы в операционной отсутствовали, в связи с чем внутрисердечная инъекция производилась с помощью короткой внутривенной иглы и могла не достичь своего результата из-за большой массы тела пациентки при проведении реанимационных

мероприятий.

Вина М.С.В. и П.Ю.А. полностью доказана и подтверждалась собранными доказательствами: показаниями свидетелей — медицинского персонала больницы, заключениями судебно-медицинских экспертиз, письменными рецензиями ведущих специалистов, проанализировавших историю родов Ч. и материалы проверки случая материнской смертности, проведенной Министерством здравоохранения Челябинской области; исследованными вещественными доказательствами — медицинской документацией (индивидуальной картой беременной и родильницы, медкартой стационара и амбулаторной медкартой Ч., историей родов, картой анестезии и др.)' ведомственными приказами, инструкциями, др.

Приговором Октябрьского районного суда Челябинской области М.С.В. и П.Ю.А. признаны виновными в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ; им назначено наказание в виде одного года и одного года шести месяцев лишения свободы соответственно, с лишением права занимать должность врача — специалиста анестезиолога-реаниматолога и заниматься медицинской деятельностью на указанные сроки.

СУ СК РФ по Оренбургской области

Р.Е.А., являясь врачом отоларингологом ММ Л ПУЗ «Городская больница № 3» г. Орска, 17.01.2008 г, в ходе проведения плановой операции — двухсторонней тонзилэктомии К., 1983 г.р., направленной на удаление обеих небных миндалин, технически неправильно выполнила данную операцию, допустив дефекты оказания медицинской помощи, что привело к острой массивной кровопотери и также не предприняла реанимационных мер по предотвращению острой массивной кровопотери, в результате чего развился геморрагический шок 4-й степени и в операционной наступила смерть К.

Р.Е.А. свою вину признала полностью.

Вина Р.Е.А. подтверждалась: показаниями свидетелей из числа близких родственников К. и медицинских работников больницы, приобщенными к делу медицинскими документами (медкарта, протокол операции, ведомственные инструкции, методические указания и приказы), заключениями СМЭ ГУЗ «Бюро СМЭ» г. Оренбурга, заключением комплексной СМЭ, проведенной в ГЦ судебно-медицинских и криминалистических экспертиз Приволжско-Уральского округа. Согласно выводам причиной смерти К. явилось ятрогенное (причиненное врачом) интраоперационное (в процессе выполнения операции) полное пересечение с нарушением анатомической целостности двух ветвей правой восходящей глоточной артерии, небной ветви правой язычной артерии, ветви правой восходящей небной артерии, небной ветви правой лицевой артерии, правой небной артерии и вен правого небного венозного сплетения, сопровождающееся острым смешанным (артерио-венозным) кровотечением, острой массивной кровопотерей, что привело к гипоксии органов и тканей. Экспертизой выявлены дефекты оказания медпомощи, допущенные Р.Е.А.. Также из выводов экспертизы следует, что между действиями Р.Е.А. и последствиями (смерть К.) имеется прямая причинно-следственная связь. В случае адекватных, своевременных и полноценных реанимационных мероприятий, при условии остановленного кровотечения, благоприятный исход операции у К. был бы возможен.

Приговором суда Р.Е.А. признана виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ. Ей назначено наказание *в* виде лишения свободы на срок один год с лишением права заниматься врачебной операционной деятельностью на срок три года.

Судебная коллегия областного суда приговор оставила без изменения.

СУ СК РФ по Ставропольскому краю

М.А.М. — врач станции скорой медицинской помощи МУЗ ЦРБ Предгорного района — 24.01.2009 г., находясь на дежурстве, прибыл по вызову в 8 ч 15 м к больной Б., установил диагноз «Бронхиальная астма инфекционно-аллергическая. Приступ. Гипертоническая болезнь 2 ст.», после чего, оказав необходимую медицинскую помощь, уехал. В тот же день в 9 час 55 мин врач М.А.М. повторно прибыл к больной Б. в связи с ухудшением ее состояния, выставил диагноз «Аллергическая крапивница. Гипертоническая болезнь 2 ст.», оказал медпомощь — инъекция магнезии, две таблетки диазолина. Вместе с тем несмотря на состояние здоровья Б. — аллергическую реакцию, что являлось прямым показанием к экстренной госпитализации, врач М.А.М., имея достаточный опыт работы и достаточную квалификацию, недооценил тяжесть состояния Б. и в нарушение приказа Минздравсоцразвития РФ от 04.09.2006 № 639 «Стандарты медицинской помощи больным с аллергическим ринитом неуточненным, острым атопическим конъюнктивитом, ангионевротическим отеком и аллергической крапивницей», не предложил и не обеспечил экстренную госпитализацию Б. в стационар.

После отъезда бригады скорой помощи Б. в 10 ч 56 мин того же дня самостоятельно добралась до Ессентукской ЦРБ, где скончалась в 11 час. 30 мин. в результате острой сердечной недостаточности, развившейся вследствие аллергической реакции немедленного типа на неустановленный медикаментозный препарат, несмотря на правильно и в достаточном объеме оказанные реанимационные мероприятия.

Допрошенный в качестве обвиняемого М.А.М. своей вины не признал, показал, что объективных оснований для безусловной госпитализации Б. не было. Он участвовал при вскрытии трупа Б., видел, что интубационной трубкой (в ходе реанимации в ГКБ) был перфорирован пищевод, что и могло послужить причиной смерти.

Вместе с тем вина М.А.М. подтверждалась показаниями свидетелей (родственников и медперсонала), показаниями судебно-медицинских экспертов, опровергших защитную версию обвиняемого и подтвердивших причину смерти больной Б., заключениями судебно-медицинской и комиссионной судебно-медицинской экспертиз, актами проверки качества оказания медицинской помощи, в соответствии с которыми установлено, что своевременная госпитализация Б. в стационар могла предотвратить наступление ее смерти, приобщенными к делу медицинскими документами, ведомственными приказами, инструкциями, Стандартами оказания медицинской помощи и т.п.

Приговором суда М.А.М. признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ; ему назначено наказание в виде ограничения свободы сроком на один год шести месяцев с лишением права заниматься врачебной деятельностью на данный срок.

СУ СК РФ по Республике Татарстан

К.С.А. — участковый врач-педиатр МУЗ «Труновская ЦРБ». 04.05.2010 г., прибыв по вызову к больному ребенку К., 2 лет, и установив диагноз «Дисфункция желудочно-кишечного тракт, острый гастрит», при наличии жалоб на боли в животе, в нарушение приказа МЗ СССР от 23.03.1984 № 320 «О мерах по дальнейшему совершенствованию хирургической помощи детям в СССР», регламентирующего обязательное направление к хирургу и госпитализацию детей до 3-летнего возраста, больного ребенка на консультацию к хирургу не направила и не приняла мер к его госпитализации. 05.05.2010 г. состояние ребенка ухудшилось, родственниками она была доставлена в МУЗ «Труновская ЦРБ», где хирургом ей был поставлен диагноз «Острая кишечная непроходимость» и ребенок был госпитализирован в ГУЗ «Краевая клиническая больница» г. Ставрополя. В указанной больнице ребенку проведена хирургическая операция, однако 11.06.2010 г. ребенок скончался вследствие распространенного фибринозного перитонита. Источником перитонита явилось язвенные перфорации стенки подвздошной кишки, приведшие к излитию из него содержимого в брюшную полость.

Допрошенная в качестве обвиняемой К.С.А. свою вину не признала, пояснила, что с приказом МЗ СССР не знакома и не руководствовалась им в своей деятельности. Считает, что диагноз ребенку ею был поставлен правильно.

Вместе с тем вина К.С.А. подтверждается показаниями свидетелей из числа медработников, заключением комиссионной судебно-медицинской экспертизы, согласно выводам которой смерть ребенка на период 04.05.2010 г. была предотвратима, однако невыполнение врачом К.С.А. ведомственного приказа привело к более поздней консультации врача-хирурга, установлению точного диагноза и хирургическому вмешательству. Операция проводилась в условиях уже развившегося гнойного перитонита и, несмотря на правильно проведенное срочное оперативное вмешательство, у ребенка развились шок и полиорганная недостаточность, приведшие к ее смерти.

Приговором суда К.С.А. прилгана виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, ей назначено наказание в виде одного года лишения свободы с отбыванием наказания в колонии-поселении, с лишением права заниматься врачебной деятельностью сроком на два года шесть месяцев.

СУ СК РФ по Оренбургской области

Г.А.В. — врач-анестезиолог МБУЗ «Псрсволоикая ЦРБ» 04.12.2010 г., находясь на дежурстве и осуществляя предоперационную подготовку больного Б., поступившего с диагнозом «Частичная спаечно-кишечная непроходимость», ненадлежащим образом исполнил свои профессиональные обязанности, что привело к дефекту оказания медицинской помощи и явилось причиной смерти больного 11.12.2010.

Согласно заключению комиссионной судебно-медицинской экспертизы, смерть Б. наступила от прогрессирующей дыхательной недостаточности, вызванной субтотальным воспалительным поражением легких и трахеобронхиального дерева, что развилось как следствие аспирационного синдрома. Возникновение приведшей к наступлению смерти патологии — аспирационного синдрома — состоит в прямой причинно-следственной связи с дефектами оказания медицинской помощи, допущенными к предоперационном периоде (неопорожнение желудка) и в раннем послеоперационном периоде (неустановление назогастрального зонда для контролируемой эвакуации желудочного содержимого).

Допрошенный в качестве обвиняемого Г.А.В. свою вину признал полностью.

Приговором суда Г.А.В. признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 109 УК РФ; ему назначено наказание в виде ограничения свободы сроком на два года с лишением права заниматься деятельностью врача анестезиолога-реаниматолога на два года.

ГСУ СК РФ по Красноярскому краю

П.А.И. — врач анестезиолог-реаниматолог КГБУЗ «Краевая клиническая больница» в ходе дежурства 1—2 марта 2011 г., при выполнении катетеризации подключичной вены малолетнему больному Л., нарушил методику Сельдингера (вместо прокола подключичной вены медицинской иглой повредил подключичную артерию), что вызвало массивное внутреннее кровоизлияние, шок тяжелой степени и смерть ребенка.

Допрошенный в качестве обвиняемого П.А.И. свою вину признал частично, т.к. смерть ребенка наступила в результате его действий, однако он не согласен с тем, что исполнял свои профессиональные обязанности не надлежащим образом. Методику установки катетера он не нарушал, вследствие ожогового шока у ребенка просвет в вене был сужен и при пунктировании вены была пунктирована артерия, что является частым осложнением при катетеризации подключичной вены. Однако никогда в его практике после пунктирования артерии не развивалось внутриплевральное кровотечение, он предполагал, что в легком находится инфузионная жидкость. Длительное время не наблюдалось внешних признаков внутреннего кровотечения, все жизненные показатели у ребенка были в норме. Кроме него ребенка осматривали заведующий отделением реанимации и заведующий отделением торакальной хирургии, которые также не выявили внутреннего кровотечения. Как только появились признаки внутреннего кровотечения, сразу же был проведен рентген, ребенок доставлен в операционную для срочного хирургического вмешательства, однако наступила остановка сердечной деятельности. Данный случай является редчайшим и уникальным в медицинской практике.

В соответствии с заключением комиссионной судебно-медицинской экспертизы, причиной смерти Л. явилось повреждение правой подключичной артерии при катетеризации правой подключичной вены с развитием внутри плеврального кровотечения, геморрагического шока 4-й степени на фоне ожогового шока. Действия врача П.А.И. в плане нарушения методики катетеризации подключичной вены, повлекшие повреждение подключичной артерии, состоят в прямой причинно-следственной связи со смертью ребенка.

Помимо заключения экспертизы, вина П.А.И. подтверждалась приобщенными к делу соответствующими протоколами проведения медицинских манипуляций у детей, утвержденных Министерством здравоохранения и социального развития, где подробно описан порядок осуществления таких манипуляций, в том числе необходимость проведения рентгеновского исследования.

Суд признал П.А.И. виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, и назначил ему наказание в виде одного года шести месяцев ограничения свободы.

СУ СК РФ по Челябинской области

В.О.А., являясь дежурным врачом педиатрического отделения МУЗ «Каслинская ЦРБ» 09.11.2008 г. в 8 ч приняла под наблюдение и дальнейшее лечение малолетнего больного Б. {2 лет), однако не выполнила обязательный минимум обследований, позволяющий выставить правильный диагноз, не собрала полный анамнез, не провела рентгенологическое исследование органов грудной клетки, не взяла необходимых анализов, не провела углубленный осмотр больного с целью выявления дополнительных синдромов с целью уточнения диагноза, при ухудшении состояния ребенка не провела срочную консультацию узких специалистов, хотя могла это сделать и имела для этого возможности (в условиях стационара). Врач В.О.А. необоснованно исключила наличие у ребенка инородного тела в дыхательных путях, т.е. исключила наличие у больного медицинских показаний к бронхоскопии или трахеотомии, без достаточных оснований выставила ребенку неверный диагноз «острый ларннготрахеит, стеноз гортани 1—2» и впоследствии проводила неверное лечение, что привело к ухудшению состояния. В тот же день ребенок скончался в результате острой дыхательной недостаточности, которая явилась следствием механической обтурационной асфиксии в результате закрытия просветов главных бронхов инородными предметами — частицами древесного угля.

Допрошенная в качестве обвиняемой В.О.А. свою вину не признала, пояснив, что, по ее мнению, она правильно поставила диагноз ребенку и проводила соответствующее лечение. Родственники ребенка не сообщали ей о возможности попадания инородного тела в дыхательные пути.

В соответствии с заключением комиссионной судебно-медицинской экспертизы, врач В.О.А. нарушила свои должностные инструкции, выставила неправильный диагноз и избрала в связи с этим неправильное лечение, при этом у нее имелась возможность провести диагностические мероприятия, установить верный диагноз и принять меры для своевременного оказания квалифицированной помощи ребенку. Действия врача В.О.А. находятся в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти Б.

Суд признал В.О.А. виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, и назначил ей наказание в виде двух лет лишения свободы (условно) с лишением права занимать должность врача-педиатра сроком на два года.

СУ СК РФ по Магаданской области

К.С.А. — врач анестезиолог-реаниматолог (Заслуженный врач РФ) ООО «Стоматолог» 14.02.2014 г. при оказании медицинской услуги по удалению зубов малолетнему Х., 2004 г.р., ненадлежащим образом исполняя свои профессиональные обязанности, не выполнил обследования пациента при подготовке к хирургическому лечению и самостоятельно выбрал метод анестезии в виде общей ингаляционной анестезия фторотаном на самостоятельном дыхании. В результате у ребенка развилось нарушение дыхания и, несмотря на оказанную в больнице реанимационную помощь, он в тот же день скончался.

Допрошенный в качестве обвиняемого К.С.А. виновным себя не признал, показал, что поступивший к нему на наркоз ребенок был серьезно болен, однако мама не сообщила ему ничего о заболеваниях сына. Если бы он знал о наличии у ребенка такого серьезного заболевания, как генерализованная вирусно-бактериальная инфекция, то наркоз мальчик бы получил только в условиях реанимационного отделения МОБ. Полагает, что мама ребенка умышленно не сообщила ему о заболеваниях, чтобы не ходить за дополнительными документами по обследованиям.

В соответствии с заключением комиссионной судебно-медицинской экспертизы, К.С.А., находясь 14 февраля 2014 г. в период с 10 ч 5 мин до 10 ч 45 мин в кабинете № 3 ООО «Стоматолог», расположенном по адресу г. Магадан, пр-т. Карла Маркса, 54,а, ненадлежащим образом исполняя свои профессиональные обязанности, предвидя возможность наступления общественно опасных последствий своего бездействия в виде смерти малолетнего Х., но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывая на предотвращение этих последствий, в ходе выполнения анестезиологического пособия Х., а также в ближайший послеоперационный период не выполнил обследование пациента при подготовке его к хирургическому лечению, не осуществлял должным образом мониторинг гемодинамики, вентиляции и оксигенации, не предпринял достаточные меры, направленные на предотвращение наступления гиповентиляции (нарушения дыхания) с исходом в клиническую смерть в ближайшем послеоперационном периоде, а также несвоевременно применил дефибриллятор.

Биологическая смерть Х. наступила в реанимационном отделении ГБУЗ «Магаданская областная больница» 14 февраля 2014 г. Причиной смерти Х. явилась острая дыхательная недостаточность вследствие гипоксии в ближайшем послеоперационном периоде. Депрессия дыхания (угнетение и остановка), возникшая у Х. после применения фторотановой анестезии, является опасным для жизни состоянием. Опасность для жизни является критерием тяжкого вреда здоровью.

Несвоевременная диагностика нарушений дыхания и гемодинамики в этих условиях привела в конечном итоге к неэффективности реанимационных мероприятий и наступлению биологической смерти.

Наступление клинической смерти Х. в ближайшем послеоперационном периоде было обусловлено депрессивным влиянием фторотана на дыхание (угнетение) и гемодинамику (гипотензия, брадикардия).

Врач-анестезиолог ООО «Стоматолог» К.С.А. неправильно оценивал состояние ребенка в послеоперационном периоде, который находился в состоянии гиповентиляции, требовавшей принятия активных мер, направленных на поддержание адекватной вентиляции легких.

Угнетающее действие фторотана стало возможным из-за отсутствия надлежащего контроля за адекватностью анестезии (глубиной наркоза)

Недостаточный функциональный мониторинг за адекватностью анестезии со стороны врача-анестезиолога ООО «Стоматолог» К.С.А. не позволил принять меры, направленные на предотвращение развития закономерных процессов, связанных с неблагоприятными последствиями применения фторотана, в данном случае со стороны функции дыхания и гемодинамики, для пациента, находящегося в состоянии общей анестезии.

Таким образом, между ненадлежащим исполнением своих профессиональных обязанностей врачом-анестезиологом ООО «Стоматолог» К.С.А. (невыполнение обследования пациента при подготовке пациента к хирургическому лечению, отсутствие необходимого мониторинга гемодинамики, вентиляции и оксигенации, повлекшие несвоевременную диагностику и непринятие достаточных мер, в связи с возникшими нарушениями дыхания и гемодинамики, а также несвоевременное (позднее) применение дефибриллятора) и смертью Х. имеется прямая причинно-следственная связь.

Приговором суда К.С.А. признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ и ему назначено наказание в виде лишения свободы сроком на два года, с применением дополнительного наказания в виде лишения права заниматься лечебной медицинской деятельностью сроком на три года (условно). На основании п. 9. 12 Постановления Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации «Об объявлении амнистии в связи с 70-летием Победы в Великой Отечественной войне 1941 — 1945 годов» освобожден от назначенного наказания.

СУ СК РФ по Владимирской области

Б.Г.П. — заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии, врач анестезиолог-реаниматолог МУЗ «Суздальская ЦРБ» 31.01.2014 г. в 8 ч 30 мин принял в отделение малолетнего больного Щ., 2004 г.р., с диагнозом «сахарный диабет впервые выявленный, сопор» в крайне тяжелом состоянии. После чего врач Б.Г.П. принял решение о проведении неотложных мероприятий для устранения критического состояния ребенка путем проведения инсулинотерапии, однако неверно рассчитал необходимое количество единиц инсулина, значительно его превысив. В результате неправильного лечения 05.03.2014 г. наступила смерть ребенка.

Допрошенный в качестве обвиняемого Б.Г.П. свою вину признал полностью, пояснив, что неверно рассчитал дозу препарата, поскольку на практике никогда не сталкивался с детским заболеванием такого рода, обычно лечил взрослых людей, не посоветовался с другими специалистами.

В соответствии с заключением комиссионной судебно-медицинской экспертизы, смерть Щ. наступила в результате сахарного диабета 1-го типа, осложнившегося комой, полиорганной недостаточностью и отеком головного мозга. Определяющую причинную роль (прямая связь) в ухудшении состоянии и развития осложнений, приведших к смерти ребенка, послужили дефекты, допущенные в лечении в реанимационном отделении ГБУЗ ВО «Суздальская ЦРБ» (неадекватная инсулинотерапия — введение ребенку неправильно рассчитанной большой дозы инсулина (12 единиц)). Введение такой дозы инсулина приводит к резкому нарушению осмолярности крови с развитием отека головного мозга и развитию в последующем неадекватной реакции на инсулинотерапию.

Приговором суда Б.Г.П. признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, ему назначено наказание в виде одного года лишения свободы (условно).

СУ СК РФ по Хабаровскому краю

Б.С.В., работая врачом акушером-гинекологом государственного учреждения здравоохранения «Амурский центр организации специализированных видов медицинской помощи» (далее ГУЗ АЦОСВМП), 02.07.2005 допустил грубые нарушения по ведению родов у 28-летней Ч. (ранее дважды рожала), в результате наступила смерть Ч. и новорожденного ребенка.

Нарушения выразились в следующем:

- неправильно определил массу плода (предположительно 3400 гр при фактической массе 4700 гр), не учел данные анамнеза — Ч. ранее дважды рожала и двое рожденных ею детей были весом 3800 гр и 3900 гр, что привело к несвоевременному выставлению диагноза — крупный плод настоящей беременности, анатомически узкий таз 1-й степени;
- необоснованно назначил внутривенно утеротонические средства (раствор энзапроста 1,0), что впоследствии привело к клиническому несоответствию между головкой плода и малым тазом женщины, а также к разрыву тела матки, который явился пусковым фактором для развития эмболии околоплодными водами, травматического и геморрагического шока 3-й степени с синдромом диссеминированного внутри сосуд и сто го свертывания крови на фоне продолжающегося маточного кровотечения у Ч.

В результате преступной небрежности Б.С.В. наступила смерть Ч. от отека мозга и легких и новорожденного от развития полиорганной недостаточности, явившейся результатом острой внутриутробной и интранатальной гипоксии-асфиксии с развитием тотальных ателектазов легких, отека легких и головного мозга, синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови.

Б.СВ. вину в совершении преступления, предусмотренного ч. 3 ст. 109 УК РФ, признал полностью.

Вина обвиняемого подтверждалась проведенными экспертными исследованиями:

- заключениями комиссионных судебных экспертиз, установивших факт допущенных Б.С.В. нарушений по ведению родов, наличие причинно-следственной связи между допущенными нарушениями и наступившими последствиями в виде смерти Ч. и новорожденного. Из выводов экспертиз следовало, что предотвратить наступление тяжких последствий было возможно при правильном соблюдении алгоритма наблюдения за роженицей и ведения родов, при своевременном установлении диагноза клинически узкого таза показано проведение операции кесарево сечение на ранних этапах родоразрешения;
- заключениями экспертиз качества оказания медицинской помощи роженице Ч., отметивших, что оказание помощи носило «шаблонный характер», не учитывались ни отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, ни наличие тромбоцитопении. Женщине не выполнено ни одного лабораторного исследования до операции, не проводилось УЗИ;
- заключением и выводами клинико-анатомической конференции по поводу смерти Ч. и новорожденного ребенка, где отмечены как безграмотные и бездумные действия дежурного врача Б.С.В.

Приговором Амурского городского суда Хабаровского края от 27.10.2008 г. Б.СВ. признан виновным в совершении преступления. Суд в обоснование выводов указал, что в соответствии с

требованиями специальности, согласно сборника квалификационных характеристик врачей-специалистов различных профилей, утвержденных Приказом Министерства СССР от 21.12.1988 № 579 «Об утверждении квалификационных характеристик врачей-специалистов» с изменениями, внесенными приказом Минздрава России от 25.12.1997 № 380, врач акушер-гинеколог должен уметь выявить факторы риска той или иной акушерской и гинекологической патологии, должен знать профилактику, диагностику, клинику, лечение и уметь диагностировать и оказывать необходимую помощь при неотложных состояниях, в том числе эклампсии и острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности.

Б.С.В. судом назначено наказание в виде трех лет лишения свободы с отбыванием наказания в колонии-поселении, с лишением права заниматься врачебной или иной медицинской деятельности сроком на три года.

СУ СК РФ по Липецкой области

О.Е.А., являясь врачом хирургом муниципального учреждения здравоохранения «Задонская центральная районная больница» (далее МУЗ «Задонская ЦРБ») Липецкой области, 09.09.2011 г. осуществлял дежурство согласно графику, в 21 час 05 мин в приемное отделение МУЗ «Задонская ЦРБ» бригадой скорой медицинской помощи был доставлен в состоянии алкогольного опьянения П., 07.11.1955 года рождения, с жалобами на слабость, примесь крови в кале. О.Е.А. ввиду тяжелого состояния здоровья госпитализировал П. для оказания медицинской помощи и прохождения стационарного лечения в реанимационное отделение больницы, установив предварительный диагноз заболевания: «Желудочно-кишечное кровотечение». Находившийся в реанимационном отделении врач реаниматолог Я.Е.С. осмотрел П., констатировав тяжелое состояние больного и назначил ему по согласованию с врачом хирургом О.Е.А. мероприятия по восполнению объема циркулирующей крови, концентрации эритроцитов и гемоглобина, а именно голод, инфузионную терапию, введение витаминов, кровоостанавливающих средств, обезболивающих препаратов, угнетающих желудочную секрецию, и антациды, препараты крови в значительном объеме. Половина препаратов вводилось через рот, несмотря на предписание о назначении голода, т.е. полного исключения поступления каких-либо веществ через желудочно-кишечный тракт, без назначения мочегонных средств. В нарушение профессиональных обязанностей лечащего врача, предусмотренных ст. 58 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 № 5487-1 (с последними изменениями и дополнениями от 18.07.2011), а также своих должностных инструкций О.Е.А. и Я.Е.С. не организовали своевременного и квалифицированного обследования, наблюдения и лечения пациента П., вследствие чего в период с 21 ч 40 мин 09.09.2011 г. по 08 ч 00 мин 10.09.2011 г. у П. произошло повторное кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки.

Врачом анестезиологом-реаниматологом Я.Е.С. в 08 ч 00 мин 10.09.2011 г. П. был осмотрен, повторного кровотечения выявлено не было, однако при необходимой внимательности и учитывая имеющийся у Я.Е.С. необходимый уровень образования и квалификации, он должен был и мог обнаружить у П. повторное кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки с целью последующей остановки данного кровотечения и предотвращения тяжких последствий в виде смерти потерпевшего.

Сменившие на дежурстве в МУЗ «Задонская НРБ» врачей Я.Е.С. и О.Е.А. врач анестезиолог-реаниматолог Д.А.А. и врач-хирург Ц.В.В. в 09 час 50 мин 10.09.2011 г. зафиксировали ухудшение состояния здоровья П. На основании проведенной П. ЭФГДС было сделано заключение, что у него возобновилось кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки. Ц.В.В. в отношении больного была назначена и совместно с заведующим хирургическим отделением Д.О.В. проведена хирургическая операция по прошиванию кровоточащего сосуда и остановки кровотечения, однако несмотря на предпринятые меры 10.09.2011 г. в 13 час 39 мин П. скончался в реанимационном отделении МУЗ «Задонская ЦРБ».

Причиной смерти П. явилось длительно некорректируемое кровотечение из хронической язвы двенадцатиперстной кишки, приведшее к резко выраженной кровопотсре (постгеморрагической анемии), протекавшей на фоне дистрофических изменений внутренних органов, что привело к острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Таким образом, дежурным врачом хирургом О.Е.А. в период с 21 ч 40 мин 09.09.2011 г. по 08 ч 00 мин 10.09.2011 г. при отсутствии каких-либо объективных причин были допущены дефекты при оказании медицинской помощи, а именно при разработке и осуществление лечебно-диагностических мероприятий в отношении П., при принятии решения об оперативном вмешательстве и организации (а также и осуществлении) хирургической помощи больному. Дежурным врачом анестезиологом-реаниматологом Я.Е.С. в период времени с 21 ч 40 мин 09.09.2011 г. по 08 ч 00 мин 10.09.2011 при отсутствии каких-либо объективных причин были допущены дефекты динамического наблюдения за больным и выработки совместной тактики проведения ему лечебных мероприятий в стационарных условиях.

О.Е.А. и Я.Е.С. вину по предъявленному обвинению не признали, от дачи показаний

отказались.

Вина обвиняемых подтверждалась: заключением № 148/5—12 комплексной судебно-медицинская экспертизы, из выводов которой следует, что медицинская помощь П. в рассматриваемом случае была оказана не в полном объеме и несвоевременно, что было обусловлено недооценкой тяжести имевшегося у него на тот момент осложнения язвенной болезни 12-перстной кишки.

Ненадлежащее оказание медицинской помощи П. выразилось:

- в дефектах динамического наблюдения за развитием заболевания:
- в методиках осуществления консервативного лечения (необоснованно большом объеме инфузионной терапии, а также введении части лекарственных препаратов и жидкостей через рот);
- в несвоевременном проведении хирургической операции по поводу указанного выше кровотечения.

Несвоевременное проведение П. хирургической операции по остановке кровотечения из язвы 12-перстной кишки послужило причиной выраженной кровопотери у больного и тем самым вызвало у него угрожающее жизни состояние, приведшее к наступлению смерти.

Изложенное о виде, сроках, объеме и методиках диагностики и лечебных мероприятий в ходе оказания квалифицированной медицинской помощи П. в условиях МУЗ «Задонская ЦРБ» (даже принимая во внимание, что развившееся у больного осложнение явилось следствием внутренних причин в его организме, а не исходом проводимых ему медицинских мероприятий) позволяет экспертной комиссии заключить, что «между ненадлежащим исполнением своих профессиональных обязанностей должностными лицами МУЗ «Задонская ЦРБ» и наступившими последствиями в виде смерти больного» прослеживается причинно-следственная связь.

ГСУ СК РФ по Красноярскому краю

Т.Г.Н. — участковый врач-терапевт и Х.Ю.М. — врач рентгенолог МУЗ «Нижнеингашская ЦРБ», выступая в должности дежурных врачей согласно графику дежурств, 09.11.2008 г. поочередно осуществляли лечение потерпевшей Д., госпитализированной в терапевтическое отделение больницы 08.11.2008 г. с предварительным диагнозом: «Распространенный остеохондроз позвоночника с преимущественным поражением шейно-грудного отдела позвоночника». При осмотре больной 09.11.2008 г. в 12 ч

врач-терапевт Т.Г.Н. зафиксировала у Д. и осуществила запись в истории болезни об ухудшении состояния здоровья пациента: слабость, тошнота, нехватка воздуха, цианоз губ, тахикардия до 96 сердечных сокращений в минуту и снижение артериального давления до 90/70 мм ртутного столба, болезненность в верхних отделах живота, что соответствовало тяжелому состоянию здоровья и требовало активных лечебно-диагностических мероприятий, которые ни Т.Г.Н., ни сменивший ее Х. Ю.М. не осуществили. Последний не обратил внимание на динамику имеющихся клинических симптомов, не оценил состояние больной, не принял мер к более полной диагностике заболевания Д., в связи с чем не был поставлен на госпитальном этапе правильный диагноз заболевания: «Перфорация язвы желудка и разлитой гнойный перитонит». Соответствующие клинические проявления данного диагноза на 09-11.2008 г. имели место и были достаточны для определения правильной тактики ведения больной в виде экстренной консультации врача хирурга, полного и объективного обследования живота (перкуссия, аускультация. проведение УЗИТ и рентгенографии в положении стоя). В результате допущенных дефектов лечения 10.11.2008 г. в 06 ч 50 мин после проведенных реанимационных мероприятий констатирована смерть Д. При этом Х.Ю.М. выставлен посмертный диагноз: «Расслаивающаяся аневризма грудного отдела аорты».

Допрошенные в качестве обвиняемых по ч. 2 ст. 109 УК РФ Т.Г.Н. и Х.Ю.М. вину в совершении преступления признали полностью,

Т.Г.Н. в ходе допроса пояснила, что ошибочный диагноз Д. она выставила в связи с имеющимся атипичным прохождением заболевания и тем, что больная при поступлении поясняла, что самостоятельно принимала анальгетики и обезболивающие препараты, чтобы снять боль в области грудной клетки.

Х.Ю.М. в ходе допроса пояснил, что допущенные им ошибки лечения были обусловлены тем, что он передоверился предыдущим осмотрам больной несколькими врачами терапевтами, выставившим больной неправильный диагноз «Остехондроз позвоночника».

Из заключения комиссионной судебно-медицинской экспертизы № 578 от 05.10.2009 г. видно, что на вопрос следователя «Имеется ли причинно-следственная связь между действиями (бездействиями) врачей... с наступившей смертью Д. комиссией экспертов дан ответ: «...несмотря на то, что в их действиях и наступлении смерти усматривается причинная связь, основным в исходе заболевания следует считать характер и тяжесть основного заболевания — «Язвенная болезнь желудка с перфорацией в брюшную полость...».

Приговором Нижнеингашского районного суда Красноярского края от 27.10.2010 г. (особый порядок) Х.Ю.М. и Т.Г.Н. признаны виновными в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, им назначено наказание в виде одного года шести месяцев лишения свободы с лишением права заниматься медицинской деятельностью на срок

один год. На основании ст. 73 УК РФ наказание считать условным с испытательным сроком один год.

ГСУ СК РФ по Московской области

Ш.Э.П., состоящий в должности заведующего хирургическим отделением МУЗ «Ликинская городская больница» (Московская область), 30.11.2006 г. проводил операцию пациентке С, 1941 г.р., по удалению желчного пузыря (лапаротомия, холецистэктомия), в процессе операции Ш.Э.П. в результате неосторожных небрежных действий было допущено ятрогенное (причиненное врачом) повреждение в виде прошивания холедоха (общего желчного протока) с затягиванием лигатуры. Через образовавшиеся в стенке холедоха два точечных отверстия в брюшную полость стала поступать желчь, что привело к развитию у С. желчного перитонита, от которого 06.12.2006 г. в реанимационном отделении названной больницы наступила смерть потерпевшей.

Допрошенный в качестве обвиняемого по ч. 2 ст. 109 УК РФ Ш.Э.П. вину в совершении преступления признал полностью.

Вывод о виновности Ш.Э.П, был сделан в ходе судебно-медицинской экспертизы № 64/09 от 24.04.2009 г., указавшей, что причиной развития желчного перитонита у С.-явилось повреждение общего желчного протока во время производства операции холецистэктомии 30.11.2006 г. Между ятрогенным повреждением холедоха и наступлением смерти гражданки С. имеется прямая причинно-следственная связь.

22.09.2009 г. Судьей Орехово-Зуевского городского суда Московской области уголовное дело в отношении Ш.Э.П. прекращено по основанию, предусмотренному ст. 76 УК РФ и ст. 25 УПК РФ — в связи с примирением сторон (о прекращении уголовного дела по данному основанию в суд обратилась потерпевшая Б. — дочь умершей С.)

СУ СК РФ по Чувашской Республике

В.Е.С. и В.Л.П. совершили причинение смерти по неосторожности Ф. вследствие ненадлежащего исполнения своих обязанностей. Так, В.Е.С, работая участковым врачом-педиатром БУ Ибресинская ЦРБ, 26.05.2012 г. в 12 ч 30 мин осуществляла прием больного — малолетнего Ф. (2010 г.р.), мать которого сообщила симптомы заболевания: температура 38,5—39 градусов, затрудненное дыхание, редкий кашель. В.Е.С. неправильно оценила состояние здоровья ребенка как средней тяжести при наличии у последнего признаков опасного для жизни состояния здоровья в виде дыхательной недостаточности и стеноза (сужение просвета) гортани 2—3-й степени, не провела консультацию с дежурным врачом анестезиологом-реаниматологом В.Л.П., показала госпитализацию Ф. не в реанимационное отделение, а в детское, откуда в связи с ухудшением состояния больной ребенок примерно в 14 ч был переведен в палату реанимации и интенсивной терапии, при этом врач анестезиолог-реаниматолог В.Л.П. на рабочем месте отсутствовал. После прибытия на рабочее место примерно в 14 ч 40 мин при стенозе гортани у больного не провел восстановление проходимости дыхательных путей с помощью интубации трахеи, а при возникновении явлений механической асфиксии не провел хирургическое лечение — коникотомию либо трахеостомию, в результате чего 26.05.2012 г. в 15 ч 30 мин наступила смерть малолетнего Ф. от гнойного ларингита, осложнившегося стенозом с развитием явлений механической асфиксии.

По предъявленному обвинению по ч. 2 ст. 109 УК РФ В.Е.С. вину в совершении преступления признала частично, показав, что недооценила состояние Ф. при приеме, В.Л.П. вину в совершении преступления признал полностью.

Вина обвиняемых подтверждается выводами комиссионной судебно-медицинской экспертизы № 85-к от 09.11.2012 г. о том, что со стороны В.Е.С. на этапе поступления малолетнего больного Ф. в детское отделение стационара были допущены нарушения:

- недооценка тяжести состояния ребенка при наличии признаков дыхательной недостаточности;
- неустановление показания для экстренной консультации ребенка анестезиологом-реаниматологом;
- несвоевременный вызов экстренного дежурного педиатра;
- не проведена консультация с республиканским центром консультативной и диагностической помощи (согласно приказу Минздравсоцразвития Чувашии от 21.06.2007 г. № 433);
- не оказана своевременная полная, адекватная тяжести состояния ребенка квалифицированная медицинская помощь, включая хирургическое лечение, согласно стандарту объема медицинской помощи детям при стенозе гортани, утвержденному приказом Минздрава России от 07.05.1998 № 151.

На этапе наблюдения в детском отделении стационара отсутствовало динамическое врачебное наблюдение до 14 ч 00 мин 25.05.2012 г.

На этапе наблюдения в палате реанимации и интенсивной терапии со стороны врача анестезиолога-реаниматолога В.Л.П. не проведено восстановление проходимости дыхательных путей с помощью интубации трахеи, а при возникновении механической асфиксии в 14 ч 40 мин не проведено хирургическое лечение — коникотомия, т.е. вскрытие гортани в промежутке между

перстневидным и щитовидным хрящами — в нарушение временных отраслевых стандартов объема медицинской помощи детям при стенозе гортани, утвержденном приказом Минздрава России от 07.05.1998 № 151 и общепринятых принципов проведения сердечно-легочной реанимации.

Изложенные дефекты оказания медицинской помощи повлияли на неблагоприятный исход заболевания и состоят в причинной связи с наступлением смерти Ф.

Приговором Ирбесинского районного суда от 17.05.2013 г. В.Е.С. и В.Л.П. признаны виновными в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, и приговорены каждый к одному году 10 месяцам ограничения свободы и к лишению права заниматься лечебной деятельностью сроком на один год и шесть месяцев.

СУ СК РФ по Кемеровской области

Б.Д.А., состоящий в должности врача-анестезиолога МБУЗ «Городская больница № 2», (г. Белово, Кемеровской обл.) 18.05.2012 г. в хирургическом отделении больницы, куда поступил больной Б. для хирургической операции аппендэктомия, в процессе предоперационных мероприятий ненадлежащим образом исполнял свои обязанности, предусмотренные должностной инструкцией врача анестезиолога-реаниматолога, неверно рассчитал дозу препаратов для премедикации и вводного наркоза больному Б., без учета массы пациента и взаимодействия препаратов, допустил их передозировку, что в результате привело к медикаментозной депрессии дыхания, развитию острой дыхательной гипоксии, гипоксическому поражению головного мозга (острой энцефалопатии), отеку головного мозга. В результате неосторожных преступных действий Б.Д.А. у потерпевшего Б. возникла полиорганная недостаточность, при явлениях нарастающего отека и набухания головного мозга, которая послужила непосредственной причиной смерти Б. 11.07.2012 г. в реанимационном отделении названной больницы.

Б.Д.А. вину свою в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, признал полностью.

По данному делу судебно-медицинская экспертиза по установлению дефекта оказания медицинской помощи не проводилась. Следователь в обвинительном заключении привела как доказательство протокол осмотра документов, протокол разбора качества оказания медицинской помощи Б., 1994 г.р. В состав группы разбора входили медицинские работники из медицинских учреждений г. Белово, группу возглавил заместитель начальника МКУ «Управление здравоохранения г. Белово».

СУ СК РФ по Самарской области

К.Т.А., являясь врачом-педиатром ММБУ Дубово-Уметской ЦРБ (Самарская обл.), 12.12.2011 г. в детском отделении осуществляла дежурство согласно графику, куда поступил на госпитализацию больной ребенок К., 2008 г.р., с жалобами на боль в животе и рвоту и выставленным в поликлиническом отделении ошибочным диагнозом «острый гастрит». К.Т.А. не был назначен и выполнен ряд обязательных при поступлении пациента исследований: крови, мочи, обзорное рентгенографическое исследование органов брюшной полости, ультразвуковое исследование брюшной полости. В дальнейшем при наличии отрицательной динамики в состоянии К. в виде учащающейся рвоты, нарастающей бледности кожных покровов, общей слабости, увеличении числа сердечных сокращений, снижении артериального давления — не провела обязательной консультации хирурга. Невыполнение указанных манипуляций в сочетании с недооценкой состояния больного, расцениваемое как дефекты оказания медицинской помощи, привели в совокупности к развитию некроза стенки тонкой кишки, очагового острого фиброзно-гнойного перитонита в проекции абдоминальных лимфатических узлов и последующему развитию эксикоза, токсикоза и острой сердечно-сосудистой недостаточности, от которых наступила смерть К в 1 ч 13.12.2011 г.

К.Т.А. вину свою в совершении преступления по ч. 2 ст. 109 УК РФ не признала, заявив, что ошибочный диагноз ребенку при поступлении был выставлен другим врачом, а вывод экспертизы, указавшей, что при условии выполнения всех необходимых лечебно-диагностических мероприятий был бы благоприятный исход заболевания, она считает построенным на предположении.

Из заключения комиссионной судебно-медицинской экспертизы № С/13-Т от 11.05.2012 г. следует, что на этапе нахождения ребенка в детском отделении больницы был неправильно установлен диагноз «острый гастрит». При имеющейся отрицательной динамике заболевания не были проведены показанные в обязательном порядке манипуляции и консультации, которые расцениваются как дефекты оказания медицинской помощи. Ухудшение состояния здоровья К., обусловленное дефектами оказания медицинской помощи, расценивается как причинение вреда здоровью человека и между допущенными дефектами оказания медицинской помощи и причиненным К. вредом здоровью имеются признаки прямой причинной связи. В данном конкретном случае при условии выполнения всех необходимых и показанных лечебно-диагностических мероприятий благоприятный исход был вероятен.

Приговором Волжского районного суда Самарской области от 20.11.2012 ^ К.Т.А. признана виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, ей назначено наказание в виде двух лет ограничения свободы с лишениям права занимать должность врача сроком на три года.

Статья 124 УК РФ

СУ СК РФ по Ленинградской области

25.05.2012 г. врач-хирург С. районной больницы г. С. при доставлении ночью бригадой скорой медицинской помощи В. (1992 г.р.), находящегося в состоянии алкогольного опьянения, с ножевым ранением грудной клетки слева, произвел осмотр больного, первичную хирургическую обработку раны (ревизию, ушивание, наложение повязки) и поместил до вытрезвления в палату динамического наблюдения приемного покоя больницы. При этом неполно установил диагноз В., в связи с чем не в полном объеме провел необходимые диагностические и лечебные мероприятия и не направил последнего в хирургическое отделение больницы. В. скончался в больнице.

Действия врача-хирурга С. следствием квалифицированы по ч. 2 ст. 124 УК РФ. Уголовное дело расследовалось следственным отделом по г. Сланцы СУ СК России по Ленинградской области. Суд первой инстанции признал С. виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 124 УК РФ, назначив ему наказание в виде двух лет лишения свободы условно.

Решением суда апелляционной инстанции приговор в отношении С. изменен. Действия осужденного по ч. 2 ст. 124 УК РФ врача-хирурга С. переквалифицированы по ч. 2 ст. 109 УК РФ. В обоснование принятого решения суд приводит следующие доводы. У С. отсутствовали умысел на игнорирование своих обязанностей врача и намерение не оказывать помощь пациенту: объем предоставленной больному В. специализированной хирургической помощи соответствовал постановленному им диагнозу, как оказалось впоследствии — неверному. Наличие в ст. 124 УК РФ такого основания наступления уголовной ответственности, как отсутствие уважительных причин, свидетельствует о том, что всякого рода врачебная оценка в диагностировании заболевания больного сама по себе не может явиться достаточным основанием для уголовного преследования медицинского работника по данной статье. По смыслу закона, ненадлежащее оказание помощи больному медицинским работником при отсутствии умысла (ввиду неправильной оценки состояния здоровья, ошибки в диагнозе и т.д.) не может служить основанием для привлечения к ответственности по данной статье, но может служить основанием для привлечения к ответственности по ч. 2 ст. 109 УК РФ при наличии неосторожной вины и причинной связи между ненадлежащим исполнением лицом своих профессиональных обязанностей и наступившими последствиями в виде причинения смерти. Наказание также было изменено — с двух лет лишения свободы условно на полтора года лишения свободы условно.

СУ СК РФ по Смоленской области

Рабочий завода Н., работая на токарном станке, получил производственную травму (из крепежа вылетела и отскочила металлическая болванка и ударила его в грудь). Н. самостоятельно в сопровождении двух рабочих (коллег) прибыл и обратился в приемное отделение НРБ. При осмотре его дежурным врачом травматологом-ортопедом С. пострадавший Н. умышленно скрыл от врача обстоятельства получения им травмы, пояснив, что поскользнулся и упал с высоты собственного роста, ударившись о бордюр. Врач С. провел осмотр Н., ему было измерено артериальное давление, посчитан пульс, проведена пальпация — ощупывание, аускультация — выслушивание, выполнена рентгенография грудной клетки. Переломов ребер обнаружено не было, врач С. поставил Н. диагноз «ушиб левой половины грудной клетки». Пострадавший Н. не был госпитализирован, а направился домой, где ему стало плохо, в связи с чем был вызван наряд скорой медицинской помощи. По дороге в больницу в машине скорой помощи Н. умер примерно через семь часов после первичного обращения за медицинской помощью в НРБ.

Врачом травматологом-ортопедом С. не был диагностирован у Н. перелом 6-, 7- и 8-го ребер слева, разрыв селезенки и внутрибрюшное кровотечение. Причиной смерти Н. явилась тупая травма груди и живота (торакоабдоминалышя травма), сопровождающаяся переломами ребер, разрывом селезенки, что обусловило внутреннее кровотечение и массивную кровопотерю. Для уточнения диагноза, оценки тяжести травмы и адекватного лечения Н. врач С. должен был его госпитализировать, диагноз: «ушиб левой половины грудной клетки» был правилен, но не полон. Неполная диагностика явилась следствием ненадлежащего исполнения врачом своих профессиональных обязанностей, она не позволила сделать вывод о необходимости проведения комплекса мероприятий, направленных на восстановление кровопотери и удаление селезенки. Своевременное и правильное выполнение этого комплекса мероприятий позволяло исключить летальный исход травмы, имевшейся у Н. Врач-травматолог ЦРБ при обследовании Н. должен был предвидеть

вероятность повреждения селезенки в результате полученной травмы и мог диагностировать внутрибрюшиннос кровотечение при надлежащем исполнении профессиональных обязанностей.

Приговором Вяземского районного суда Смоленской области врач травматолог-ортопед С. признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 124 УК РФ, ему назначено наказание в виде двух лет лишения свободы условно без лишения права запимать врачебную должность и заниматься врачебной деятельностью.

СУ СК РФ по Еврейской автономной области

13.10.2012 г. врач ЦРБ г. Т. анестезиолог-реаниматолог Г. не оказал помощь малолетней П. (возраст — один год и два месяца), получившей бытовую (на ребенка упала тумба с телевизором) закрытую травму живота: разрыв печени и круглой связки, кровоизлияние в воротах печени, наружные стенки желудка, диафрагме справа, клетчатки 12-перстной кишки, гемоперитонеум (1 литр жидкой крови): закрытую травму грудной клетки: кровоподтеки на передней поверхности грудной клетки, признаки сотрясения (сдавлений: подплевральные кровоизлияния в прикорневой и задней части легких, в сердечной сорочке, вилочковой железе, клетчатке аорты в грудном отделе), повлекшие развитие сочетанной травмы и геморрагического шока.

В таком угрожающем для жизни состоянии малолетняя П. была доставлена родителями в ЦРБ. где осмотрена дежурным врачом-хирургом Ф.И. О результатах осмотра и необходимости прибыть в больницу для оказания экстренной помощи малолетней П. хирург Ф.И. по телефону сообщил дежурному врачу анестезиологу-реаниматологу Г., являвшемуся одновременно исполняющим обязанности заместителя главного врача по лечебной работе. Анестезиолог-реаниматолог Г., будучи обязанным являться по вызову дежурного персонала больницы согласно должностной инструкции дежурного врача, отказался прибыть в больницу для оказания медицинской помощи малолетней П., сославшись на то, что больная «хирургическая», а не его профиля, и пусть ею занимается хирург.

Таким образом, больная П., нуждающаяся в экстренном хирургическом вмешательстве, была оставлена без оказания квалифицированной медицинской анестезиолого-реаниматологической помощи (осмотр врача, интубация трахеи и перевод на ИВЛ, введение обезболивающих препаратов и проведение анестезии, катетеризация центральной вены, внутрисосудистое введение жидкостей, препаратов крови, лекарств, повышающих работу сердца и сосудов, при проведении операции — общая анестезия, интенсивная терапия в послеоперационный период.

Кроме того присутствие анестезиолога-реаниматолога необходимо и для диагностики ребенка с травмой. При подозрении на внутрибрюшин-ное кровотечение необходимо выполнить лапароцентез — прокол брюшной стенки иглой для определения наличия крови в брюшной полости — у детей такая процедура выполняется только с наркозом, для чего необходим анестезиолог-реаниматолог), что не позволило врачу-хирургу начать оперативное вмешательство, направленное на спасение жизни малолетней П. После транспортировки малолетней П. в областную больницу г. Б., несмотря на усилия врачей (реанимационные мероприятия правильные, полные, своевременные), наступила смерть малолетней П., обусловленная тяжестью полученных повреждений (травмой) и ненадлежащим оказанием медицинской помощи на первоначальном этапе.

Смерть малолетней П. находится в прямой причинно-следственной связи с бездействием врача анестезиолога-реаниматолога Г., причиной летального исхода явилась декомпенсация жизненно важных функций кровообращения и дыхания вследствие некупированного состояния геморрагического шока, что произошло из-за бездействия врача анестезиолога-реаниматолога Г.

Следствием действия врача анестезиолога-реаниматолога Г. квалифицированы по ч. 2 ст. 124, ч. 2 ст. 293 УК РФ (халатность — неисполнение должностным липом своих обязанностей вследствие небрежного отношения к службе, повлекшее по неосторожности смерть человека.

Врач анестезиолог-реаниматолог Г., являясь согласно приказу заместителем главного врача по лечебной работе (т.е. должностным лицом) и наделенный в связи с этим организационно-распорядительными полномочиями по отношению к медицинскому персоналу больницы, обязан руководить всеми лечебно-диагностическими отделениями, кабинетами и лабораториями стационара больницы, осуществлять систематический контроль за своевременным проведением и качеством обследования, лечения и ухода за больными, нести ответственность за организацию, постановку и качество лечебно-диагностической работы больницы в соответствии с уровнем современных достижений медицинской науки и техники, в том числе обеспечивать целесообразное, полное и эффективное использование имеющихся сил и средств.

СУ СК РФ по Амурской области

Врач-хирург Д., работающий в ФКУ СИЗО-1 УФСИН России по Амурской области, 26.04.2011 г., осмотрев имеющиеся на теле заключенного гражданина КНР Л.Д., 1986 г.р., телесные повреждения, причиненные ему сокамерниками (множественные ожоги), не оказал нуждающемуся медицинскую помощь без уважительных причин, а отправил обратно в камеру

(ограничившись только визуальным осмотром, без проведения даже элементарных посильных антисептических процедур), что привело к дальнейшему ухудшению состояния больного и наступлению его смерти 04.05.2011 г. в отделении термических поражений областной клинической больницы, куда он был доставлен только 03.05.2011, т.е. спустя восемь суток после первоначального осмотра врачом Д. в СИЗО. В период времени с 24.04.20)1 г. по 03,05.2011 г. медицинская помощь Л.Д. не оказывалась.

Из заключения комиссионной СМЭ следует, что термические ожоги спины, ягодиц, живота, верхних конечностей 2—3-й степени, площадью 12%, которые осложнились флегмоной верхних конечностей и сепсисом, привели к развитию полиорганной недостаточности и явились непосредственной причиной смерти. Подобные повреждения требуют оказания квалифицированной медицинской помощи в виде обработки ран, перевязок, антибактериальной терапии, динамического наблюдения. Учитывая тяжесть и характер имевшихся повреждений, совокупность данных повреждений является показанием для перевода в хирургический стационар. Неоказание медицинской помощи в указанный промежуток времени (с 24.04. по 03.05) привело к развитию септических осложнений, ухудшению состояния больного и нарушению жизненно важных функций, что способствовало наступлению смерти, т.к. не была реализована возможность предотвратить неблагоприятный исход. Телесные повреждения и их осложнения находятся в прямой причинной связи с наступлением смерти Л.Д., а несвоевременное оказание медицинской помощи не позволило реализовать возможность предотвращения неблагоприятного исхода, т.е. имеется косвенная, а не прямая связь. Не исключается наступление неблагоприятного исхода у Л.Д. при своевременно установленном диагнозе, проведении адекватных мер квалифицированной хирургической помощи 26.04.2011 г.

СО по г. Сочи СУ СК при прокуратуре РФ по Краснодарскому краю Во время проведения врачом перинатального центра г. С. искусственного прерывания беременности 22-летней М. при сроке беременности 13—14 недель по стандартной методике путем выскабливания полости матки под внутривенным наркозом акушером-гинекологом П. были допущены перфорация стенок матки в пяти местах и разрыв шейки матки, в связи с чем М. нуждалась в экстренной госпитализации и оперативном вмешательстве, чего сделано не было.

Допущенные акушером-гинекологом П. множественные сквозные повреждения матки привели к развитию распространенного гнойно-фибринозного перитонита в условиях инфицирования влагалища с последующим закономерным восходящим инфицированием полости матки, что потребовало экстирпации (удаления) матки как источника инфекции. Смерть М. наступила в результате распространенного гнойно-фибринозного перитонита, осложнившегося абдоминальной формой сепсиса, полиорганной недостаточностью, возникновением ДВС-синдрома (синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания) и последующим кровотечением.

Причиной развития смертельных осложнений явилась множественная перфорация (сквозные повреждения) стенок матки при проведении артифициального аборта (выполненного в условиях акушерского стационара), проведенного неквалифицированно. Врачом акушером-гинекологом П. при наличии возможностей (материально-технической базы перинатального центра) не были выполнены диагностические процедуры, направленные на выявление возможных последствий, а именно УЗИ органов малого таза, влагалищное исследование, исследование при помощи зеркал, пальпация живота, исследование характера выделений, пульса, пальпация живота, контроль общего состояния. Он должен был и обязан не допустить перфорации матки, диагностировать ее и своевременно оказать М. специализированную помощь в виде срочного оперативного вмешательства, направленного на ушивание перфорационного отверстия, предотвращения кровотечения, инфицирования.

Более того, согласно данным комиссионной СМЭ, до проведения операции по искусственному прерыванию беременности у М. была обнаружена инфекция, передающаяся половым путем, трихомониаз в виде трихомонадного кольпита, что является противопоказанием к производству аборта в любые сроки беременности. После 12 недель беременности искусственное прерывание ее производится по медицинским или социальным показаниям, которых у М. не имелось. После проведения операции по прерыванию беременности акушер-гинеколог П. обязан был оставить М. под наблюдением в постабортном периоде в течение 1-3 суток (не менее 4 часов). Между допущенными врачом акушером-гинекологом П. повреждениями — множественными перфорациями матки, осложнившимися распространенным гнойно-фибринозным перитонитом, и наступлением смерти М. имеется прямая причинная связь.

Статья 238 УК РФ

ГСУ СК РФ по Санкт-Петербургу

Роженицей С. был заключен договор на предоставление медицинской помощи (медицинских услуг) надлежащего качества с родильным домом № ... г. СПб. В ходе родов на этапе потужного

периода у плода развилась гипоксия, что требовало скорейшего завершения родов во избежание гибели плода.

Врач акушер-гинеколог Н. произвела давление на дно матки С. в период изгнания плода (метод Кристеллера), что в настоящее время является запрещенным приемом в акушерстве. Такое давление спровоцировало срочный выход плода.

Акушерка В. оказала неадекватное ручное пособие в родах: тракцию (потягивание) и ротацию (поворот) головки при затрудненном выведении головки и плечевого пояса.

В данной акушерской ситуации при диагностировании гипоксии плода в конце периода изгнания до момента рождения головки плода надлежало применить наложение выходных акушерских щипцов или выполнить вакуум-экстракцию плода. Новорожденному ребенку С. причинено повреждение правого верхнего первичного пучка плечевого сплетения — парез Эрба (вялый паралич мышц верхних конечностей — родовая травма).

Таким образом, при оказании медицинской помощи С. допущены нарушения тактики и техники ведения родов в периоде изгнания плода. Между оказанием врачом акушером-гинекологом Н. и акушеркой В. медицинской помощи новорожденному ребенку С. и полученными новорожденным телесными повреждениями, квалифицированными как тяжкий вред здоровью, имеется прямая причинно-следственная связь. Оказанная роженице С. в родильном доме медицинская помощь не соответствует установленным стандартам оказания медицинской помощи.

Приговором районного суда г. СПб. Н. и В. признаны виновными в выполнении работ и оказании услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей, которые повлекли по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью человека (по п, «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ), каждой назначено наказание в виде двух лет лишения свободы условно.

ГСУ СК РФ по г. Санкт-Петербургу

22.02.2009 г. в инфекционно-боксированное отделение клинической инфекционной больницы г. СПб. поступила роженица Н. с диагнозом «ОРВИ, острый трехеобронхит, острая пневмония, беременность 38—39 недель».

Врач акушер-гинеколог Б., находясь на суточном дежурстве, недооценила тяжесть состояния роженицы Н., переоценила возможности проводимой консервативной терапии в далеко зашедшей стадии инфекционного заболевания, неверно избрала тактику ведения родов (выжидательную через естественный родовые пути), пренебрегая своими профессиональными обязанностями, не приняв во внимание результаты анализов роженицы Н., свидетельствующие о гипоксии плода, нарастающем гестозе (тяжелом токсикозе беременных), что является показанием к оперативному родоразрешениго, т.е. ненадлежаще исполнила свои профессиональные обязанности — оказала пациентке Н. услугу, не отвечающую требованиям безопасности жизни и здоровья, что повлекло по неосторожности смерть роженицы Н. и плода (антенатальная гибель плода).

Медицинская помошь и медицинские услуги оказывались Н. на основании договора обязательного медицинского страхования неработающих граждан, заключенного между страховой компанией ЗАО «МАКС-М» и Комитетом по здравоохранению Правительства СПб. (ЗАО «МАКС-М» в свою очередь был заключен договор с клинической инфекционной больницей г. СПб. на оказание застрахованным гражданам медицинских услуг надлежащего качества).

Согласно экспертному заключению причиной смерти Н. явилась остановка сердца, непосредственно вызванная тяжело соматической патологией в виде вирусно-бактериального бронхита и пневмонии, что привело к развитию выраженной прогрессирующей дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности; неправильный выбор метода лечения врачом акушером-гинекологом (выжидательная тактика при наличии показаний к кесареву сечению) привел к развитию гипоксии плода, гипоксии роженицы, развитию и прогрессированию опасных для жизни осложнении, остановке сердца и смерти роженицы и плода.

Действия врача акушера-гинеколога Б. следствием квалифицированы по п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ.

Приговором Смольнинского районного суда г. СПб. от 29.06.2012 г. врач акушер-гинеколог Б. оправдана за отсутствием состава преступления. Судом отмечено, что выявленные недостатки в оказании медицинской помощи, а именно отсутствие своевременного оперативного родоразрешения и отсутствие своевременной адекватной искусственной вентиляции легких предположительно могли послужить причиной смерти Н., но утверждать этого нельзя, так как причина смерти Н. была обусловлена имевшимся у нее тяжелым инфекционным заболеванием, излечение от которого не зависело от состояния беременности последней. Недостатки медицинской помощи, повлиявшие на наступление смерти Н., явились в совокупности — несвоевременное родоразрешение и отсутствие адекватной искусственной вентиляции легких, относящейся к действиям врача анестезиолога-реаниматолога, свидетельствуют о необоснованности обвинения, предъявленного Б.

СУ СК РФ по Чеченской Республике

Врач-отоларииголог Г. частного медицинского центра ООО «Б» оказал несовершеннолетнему Я. (1999 г.р.) медицинскую услугу, не отвечающую требованиям безопасности жизни потребителей, повлекшую по неосторожности смерть человека. Врач Г. правильно выставил пациенту Я. диагноз «искривление носовой перегородки с нарушением функции дыхания», требующий оперативного лечения в виде септопластики (удаления искривленной части носовой перегородки) и вазоконхотомии (деструкции и резекции носовых раковин, т.е. их уменьшение в размерах).

В ходе предоперационной подготовки пациенту Я. был назначен и проведен неполный комплекс диагностических исследований и консультаций (пациент не дообследован), а именно не было проведено ЭКГ сердца, УЗИ сердца и органов брюшной полости, рентген, флюорография, коагулография, не назначены консультации педиатра, невролога, кардиолога, т.е. предоперационная подготовка не соответствовала положенному стандарту.

Сама операция прошла успешно, но возникли послеоперационные осложнения в виде носового кровотечения, развития через несколько часов сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности и смерти пациента.

Действия врача-отоларинголога Г. следствием квалифицированы по п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ. Уголовное дело находится в стадии судебного разбирательства.

Статья 293 УК РФ

СУ СК РФ по Республике Саха (Якутия)

Х.В.В., состоя в должности врача анестезиолога-реаниматолога для экстренной медицинской помощи (дежурного) ОАРИТ ГУ «РБ № 2 — ЦЭМП», осуществляя полномочия по организации и руководству работой всего персонала дежурной смены ОАРИТ ГУ «РБ № 2 — ЦЭМП». являлся должностным лицом по признаку выполнения организационно-распорядительных функций в государственном учреждении.

04.10.2010 г. в 23 ч. 50 мин в палату № 1 ОАРИТ ГУ «РБ № 2 -ЦЭМП» после операции — ретроградной аппендэктомии, проведенной в 1-м хирургическом отделении этого же медицинского учреждения, в состоянии медикаментозного сна переведен больной Е., который принят дежурным палатным врачом анестезиологом-реаниматологом Х.В.В. В палате № 1 медицинским персоналом больной Е. подключен к аппарату искусственной вентиляции легких РО-6—03, при этом процентный уровень сатурации (насыщенности крови кислородом) составлял 75—80% при норме 98—99%.

05.10.2010 г. в период времени с 00 ч 03 мин до 05 ч 25 мин врач анестезиолог-реаниматолог для экстренной медицинской помощи (дежурный) ОАРИТ ГУ «РБ № 2 — ЦЭМГЬ Х.В.В., осознавая противоправность и общественную опасность своего бездействия, с целью неправомерного отдыха, не желал надлежащим образом организовывать работу медицинского персонала отделения и осуществлять наблюдение за больным Е. в после наркоз ном периоде, т.е. при выходе последнего из состояния медикаментозного сна и искусственной вентиляции легких. Х.В.В. предвидел возможность наступления общественно опасных последствий в виде развития острой дыхательной недостаточности и наступления летального исхода больного Е., но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывая на предотвращение указанных последствий. Действуя с преступным легкомыслием, достоверно зная о низком процентном уровне сатурации (насыщенности крови кислородом) в объеме 75—80% при норме 98—99%, пренебрегая исполнением должностных обязанностей, входящих в его компетенцию, после поступления больного Е. в палату № 1, грубо нарушая должностные и функциональные обязанности, спал во врачебной комнате отделения анестезиологии и реанимации с палатой интенсивной терапии. Х.В.В. не предпринял мер к улучшению состояния больного, не проводил постоянного наблюдения за его состоянием, не организовал и не проконтролировал работу среднего медицинского персонала, в результате чего медицинский брат М.С.А., обязанный непосредственно осуществлять наблюдение за больным Е. в палате № 1 ОАРИТ и работать без права сна, в указанной палате отсутствовал и спал в другом помещении во время дежурства.

В результате преступного бездействия должностного лица — невыполнения дежурным врачом анестезиологом-реаниматологом для экстренной медицинской помощи ОАРИТ ГУ «РБ № 2 — ЦЭМП» Х.В.В. своих должностных обязанностей по проведению постоянного наблюдения за состоянием больного, организации и контролю работы среднего медицинского персонала 05.10.2010 г. в 04 ч 50 мин Е. скончался от острой дыхательной недостаточности, причиной развития которой стал сбой в работе аппарата искусственной вентиляции легких из-за отсутствия контроля за его работой.

Причиной смерти Е. явилась острая дыхательная недостаточность, развившаяся в раннем послеоперационном периоде после операции — ретроградной аппендэктомии.

При условии оказания больному Е. медицинской помощи в период нахождения его в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии жизнь его была бы спасена.

Таким образом, Х.В.В. своим бездействием совершил преступление, предусмотренное ч. 2 ст. 293 УК РФ — халатность, т.е. неисполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного отношения к службе, повлекшее по неосторожности смерть человека.

Допрошенный в качестве обвиняемого Х.В.В. свою вину в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 293 УК РФ, признал полностью, отдачи показаний отказался.

Действия М.С.А. квалифицированы по ч. 2 ст. 109 УК РФ.

Допрошенный в качестве обвиняемого М.С.А. свою вину по ч. 2 ст. 109 УК РФ признал частично, пояснив, что полагался на опытных медицинских сестер, которые дежурили в отделении.

Из заключения комиссии экспертов следует, что отсутствие внимания врача анестезиолога-реаниматолога к состоянию больного Е. в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии привели к непредотвращению неблагоприятных последствий, т.е. наступлению смертельного исхода.

В связи с отсутствием наблюдения за больным определить причину развития острой дыхательной недостаточности у больного Е. не представляется возможным. Однако причинами развития острой дыхательной недостаточности могли стать:

- смещение интубационной трубки;
- закупорка просвета интубационной трубки мокротой, слизью;
- недостаточный объем установленных параметров искусственной вентиляции легких;
- частота дыхания, объем дыхания, концентрация кислорода.

В соответствии с проведенной комиссионной судебно-медицинской экспертизой при проведении искусственной вентиляции легких медицинский персонал (врач-анестезиолог и медсестра или медбрат) отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии обязан обеспечить непрерывное наблюдение (мониторинг) за больным, который включает:

1) наблюдение за клиническим состоянием больного (оценка уровня сознания, цвет и влажность кожных покровов, аускультативпая картина в легких, частота дыхания, синхронизация дыхания больного с аппаратом искусственной вентиляции легких, оценка гемодинамики и темпа диуреза);

2) контроль за работой аппарата искусственной вентиляции легких, параметры искусственной вентиляции легких, показатели пульсоксиметрии, а также измерение артериального давления и частоту сердечных сокращений, измерение температуры тела, исследование газового и кислотно-основного состава крови;

3) в обязательном порядке контроль за правильностью стояния интубационной трубки в трахее, по показаниям проведение своевременно санации трахеобронхиального дерева для исключения смещения интубационной трубки и обтураиии соответственно.

Наблюдение за больным должен осуществлять дежурный медицинский персонал (врач-анестезиолог, медсестра или медбрат) отделения реанимации, анестезиологии и интенсивной терапии, которые назначаются в соответствии с правилами внутреннего распорядка лечебного учреждения — РБ № 2 — 1ДЭМП.

Указанные недостатки привели к развитию острой дыхательной недостаточности и непредотвращению неблагоприятных последствий, т.е. наступлению смертельного исхода.

Между выявленными недостатками в оказанной медицинской помощи больному Е. и наступлением смерти имеется прямая причинно-следственная связь.

Приговором суда Х.В.В. и М.С.А. признаны виновными в совершении преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 293 и ч. 2 ст. [09 УК РФ соответственно, им назначена условная мера наказания без лишения права заниматься определенной деятельностью.

СУ СК РФ по Тюменской области

Подсудимая Б.Т.В., являясь должностным лицом, совершила халатность, то есть ненадлежащее исполнение своих обязанностей вследствие небрежного отношении к службе, повлекшее по неосторожности смерть человека, при следующих обстоятельствах.

Б.Т.В., работая на основании приказа главного врача Государственного лечебно-профилактического учреждения Тюменской области «Областная больница № 8» (с. Бердюжье) № 139 от 25.05.2009 г., в должности заведующего терапевтическим отделением, врача-терапевта Государственного лечебно-профилактического учреждения Тюменской области «Областная больница № 8» (с. Бердюжье), в период времени с 7.10.2010 г. по 10.10.2010 г. ненадлежащим образом исполняла свои обязанности, оказала неполную и неквалифицированную помощь больной Ж, находившейся на стационарном лечении в терапевтическом отделении, вследствие небрежного отношения к службе, хотя имела соответствующую возможность, квалификацию, уровень образования, опыт работы в должности заведующей терапевтическим отделением, врача-терапевта, что привело к наступлению смерти больной Ж.

Смерть Ж. последовала от декомпенсации сахарного диабета 2-го типа с поражением почек в виде тубулоинтерстициального нефрита, приведшего к развитию острой почечной недостаточности.

Неадекватное лечение, проводимое заведующей терапевтическим отделением ГЛПУ ТО ОБ № 8 (с. Бердгожье) врачом-терапевтом Б.Т.В., находится в причинно-следственной связи с наступлением смерти Ж.

Допрошенная в качестве обвиняемой Б.Т.В. свою вину в совершении преступления не признала, пояснила, что свои должностные обязанности она выполнила в полном объеме, в рамках своих знаний и квалификации, определенных полученным ею в 2006 г. высшим образованием по специальности «лечебное дело», подготовкой с 2006 по 2008 г. в клинической ординатуре по специальности «общая врачебная практика» и имеющимся у неё сертификатом врача общей практики (семейного врача). Кроме того,

просила учесть, что у нее нет сертификата врача-терапевта, в связи с чем полагает возможным осуществление ею работы врачом-терапевтом в условиях поликлиники, ведения амбулаторного приема. Для работы в условиях стационара считает уровень своей профессиональной подготовки недостаточным, о чем она поясняла главному врачу больницы при приеме ее на работу.

Из заключения комиссионной судебно-медицинской экспертизы по материалам дела и показаний допрошенного в судебном заседании судебно-медицинского эксперта следует, что в период времени с 6.10.2010 г. по 10.10.2010 г. медицинская помощь больной проводилось в недостаточном объеме: отсутствовал регулярный контроль за уровнем сахара в крови, биохимическое исследование крови было проведено только дважды, при этом количество исследованных показателей было недостаточным, имеется только один общий анализ мочи. Лечение больной осуществлялось соответственно выставленному диагнозу, но неадекватно анамнестическим, клиническим и лабораторным данным. Несмотря на зафиксированную при поступлении декомпенсацию сахарного диабета с явлениями острой почечной недостаточности, противопоказанные при этих условиях амарил и метформин не были заменены на показанные инсулины короткого действия. Не были внесены адекватные коррективы (введение инсулинов короткого действия) в лечение и после резкого утяжеления состояния больной. Вследствие этого адекватная инсулинотерапия так и не была проведена, что обусловило нарастание декомпенсации сахарного диабета, развитие, по-видимому, кетоацидоза, переход гипергликемии в гипогликемию, нарастание острой почечной недостаточности, гипоксию, отек головного мозга. Какие-либо объективные причины, препятствовавшие правильным диагностике и лечению больной в указанный период времени отсутствовали. Неадекватное лечение находится в причинно-следственной связи с наступлением смерти Ж.

Приговором суда Б.Т.В. признана виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 293 УК РФ и ей назначено наказание в виде лишения свободы на срок два года, с лишением права занимать должности по осуществлению организационно-распорядительных функций в государственных лечебно-профилактических учреждениях на срок два года. На основании ст. 73 УК РФ назначенное Б.Т.В. наказание в виде лишения свободы считать условным с испытательным сроком на три года.

ГСУ СК РФ по г. Москве

Г.В.В., являясь заведующим приемно-диагностическим отделением ГКБ им. Н.Э. Баумана г. Москвы (стаж более 38 лет) виновен в совершении халатности, т.е. в неисполнении и ненадлежащем исполнении должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного и небрежного отношения к службе, что обусловило существенное нарушение прав и законных интересов граждан, повлекших по неосторожности смерть человека.

17.09.2009 г., примерно в 12 ч 20 мин, в приемно-диагноетическое отделение бригадой подстанции скорой и неотложной медицинской помощи была доставлена гражданка Таджикистана с предварительным диагнозом: «беременность 8 недель, угроза прерывания (I половины), острый гастрит (?)» для решения вопроса об оказании скорой медицинской помощи и госпитализации ее в указанную больницу. В период времени с 12 ч 20 мин до 14 ч 15 мин была осмотрена дежурными врачами ГКБ: врачом акушером-тине колотом (выставлен диагноз — беременность 7—8 недель, прогрессирующая, отягощенный гинекологический анамнез — одна внематочная, один медаборт, острый гастрит); врачом-терапевтом (выставлен диагноз — острый гастрит, панкреатит); врачом-хирургом (выставлен диагноз — острый гастрит, панкреатит), врачом ультразвуковой диагностики (выставлен диагноз — кишечная непроходимость, беременность 8 недель).

С учетом тяжести состояния больной, предъявленных ею жалоб и выя&тенных объективных симптомов, по результатам физикальных, лабораторных и инструментального обследований, а также в связи с установленным диагнозом, врачом приемно-диагностического отделения и врачом-хирургом было принято решение о госпитализации больной в гастроэнтерологическое отделение ГКБ с целью дообследования, наблюдения и установления истинного диагноза, а также оказания ей скорой медицинской помощи.

Однако в связи с имеющимся устным распоряжением главного врача ГКБ о необходимости направления всех иностранных граждан, поступающих в больницу, к заведующему приемно-диагностическим отделением для принятия окончательного решения о госпитализации больная в сопровождении своего мужа, с медицинской картой на ее имя была направлена к заведующему приемно-диагностическим отделением Г.В.В., который отказал больной в экстренной госпитализации по имеющимся у нее медицинским показаниям в ГКБ г. Москвы, поскольку последняя являлась гражданкой Таджикистана, а предложил ей получить лечение на платной основе, заключив соответствующий договор, или обратиться в Департамент здравоохранения для получения направления на оказание ей бесплатной медицинской помощи, при этом не зафиксировав и не обосновав свое решение в истории болезни последней, после чего дал обязательное для исполнения указание врачу приемно-диагностического отделения отказать больной в госпитализации.

В 14 ч 30 мин больная вынужденно покинула расположение ГКБ, не получив жизненно необходимой ей экстренной медицинской помощи и лечения.

В результате у больной стала развиваться декомпенсированная тонкокишечная

непроходимость и связанные с ней нарушения гомеостаза в организме (дегидратация, нарушения вводно-электролитного баланса, кислотно-щелочного состояния).

22.09.2009 г. в 16 ч 00 мин больная в связи с резким ухудшением состояния здоровья самостоятельно повторно обратилась за медицинской помощью в ГКБ, где была немедленно госпитализирована, ей выполнена операция, однако в 04 ч 20 мин 23.09.2009 г. от острой спаечной тонкокишечной странгуляционной непроходимости с; некрозом участка подвздошной кишки, развившейся во время маточной беременности сроком 8 недель, и осложнений, которыми являлись эндо-токсический шок (жидкая кровь в полостях сердца и в магистральных артериях, шоковые почки, шоковые легкие), серозно-фибринозный перитонит, острый ДВС-синдром с преимущественным поражением легких (массивный гемолиз эритроцитов в легочных капиллярах, очаги гемосидероза, фибриновые тромбы в просвете артериол и капилляров легких), отек легких, отек головного мозга, паренхиматозная дистрофия печени, почек, миокарда, наступила смерть больной.

Таким образом, в результате допущенной Г.В.В. преступной халатности больная 17.09.2009 г. не была госпитализирована в стационар, ей не был проведен должный медицинский осмотр и не было назначено необходимое обследование и лечение, в связи с чем было задержано оказание последней адекватного консервативного и хирургического лечения, что привело к поздней диагностике основного заболевания — кишечная непроходимость, к несвоевременному проведению адекватного лечения и, как следствие, к неблагоприятному исходу — наступлению смерти, чем существенно были нарушены ее права и законные интересы на охрану здоровья и медицинскую помощь, предусмотренные ст. 41 Конституции РФ и ст. 18 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан № 5487—1 от 22.07.1993 г. Между действиями (Г.В.В.) и наступлением смерти больной установлен и прямая причинно-следственная связь.

Обвиняемый Г.В.В. виновным себя в совершении преступления не признал, пояснил, что не усматривал оснований для экстренной госпитализации больной.

В ходе предварительного следствия вина Г.В.В. была полностью доказана и подтверждалась показаниями потерпевшего (мужа больной), свидетелей из числа работников ГКБ, осуществлявших осмотр, диагностику и лечение потерпевшей, приобщенными к делу ведомственными приказами и указаниями, осмотренными медицинскими документами, протоколом заседания клинико-экспертной комиссии Департамента здравоохранения Москвы, согласно которому госпитализация больной осуществлена с задержкой на пятеро суток уже с клинической картиной разлитого серозно-фибринозного перитонита, что делало дальнейший жизненный прогноз неблагоприятным; заключением комиссионной судебной медицинской экспертизы о том, что решающим фактором в наступлении летального исхода явилась поздняя госпитализация пациентки и несвоевременное оперативное лечение.

Таким образом, допущенные дефекты при оказании медицинской помощи больной при первичном обращении в приемное отделение ГКБ 17.09.2009 г. привели к поздней диагностике основного заболевания (кишечной непроходимости), несвоевременному проведению адекватного лечения и, как следствие, к неблагоприятному исходу — наступлению смерти. При условии госпитализации больной при первичном обращении в стационар со своевременным адекватным консервативным и хирургическим лечением, благоприятный исход не может быть исключен.

Суд признал Г.В.В. виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 293 УК РФ, и назначил ему наказание в виде лишения свободы сроком на два года (условно) с лишением права заниматься медицинской деятельностью сроком на один год.

Приложение 2

Нормативные акты, относящиеся к ятрогении

Федеральный закон Российской Федерации
от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан
в Российской Федерации»
Извлечения

Статья 2. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе

Для целей настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:
1) здоровье — состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма;
2) охрана здоровья граждан (далее — охрана здоровья) — система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи;
3) медицинская помощь — комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;
4) медицинская услуга — медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;
5) медицинское вмешательство — выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности;
6) профилактика — комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;
7) диагностика — комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий;
8) лечение — комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни;
9) пациент — физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния;

10) медицинская деятельность — профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, сани-тарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях;
11) медицинская организация — юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности. Положения

настоящего Федерального закона, регулирующие деятельность медицинских организаций, распространяются на иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, и применяются к таким организациям в части, касающейся медицинской деятельности. В целях настоящего Федерального закона к медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность;
12) фармацевтическая организация — юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее фармацевтическую деятельность (организация оптовой торговли лекарственными средствами, аптечная организация). В целях настоящего Федерального закона к фармацевтическим организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие фармацевтическую деятельность;
13) медицинский работник — физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность;
14) фармацевтический работник — физическое лицо, которое имеет фармацевтическое образование, работает в фармацевтической организации и в трудовые обязанности которого входят оптовая торговля лекарственными средствами, их хранение, перевозка и (или) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения (далее — лекарственные препараты), их изготовление, отпуск, хранение и перевозка;
15) лечащий врач — врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения;
16) заболевание — возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;
17) состояние — изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи;
18) основное заболевание — заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти;
19) сопутствующее заболевание — заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти;
20) тяжесть заболевания или состояния — критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением;
21) качество медицинской помощи — совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Статья 9. Ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья

1. Органы государственной власти и органы местного самоуправления, медицинские организации и иные организации осуществляют взаимодействие в целях обеспечения прав граждан в сфере охраны здоровья.
2. Органы государственной власти и органы местного самоуправления, должностные лица организаций несут в пределах своих полномочий ответственность за обеспечение гарантий в сфере охраны здоровья, установленных законодательством Российской Федерации.

Статья 11. Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи

1. Отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, и медицинскими работниками такой медицинской организации не допускаются.

2. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается.
3. За нарушение предусмотренных частями 1 и 2 настоящей статьи требований медицинские организации и медицинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 64. Экспертиза качества медицинской помощи

1. Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.
2. Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций {протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разрабатываемых и утверждаемых в соответствии с частью 2 статьи 76 настоящего Федерального закона, и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.
3. Экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, проводится в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.
4. Экспертиза качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании, осуществляется в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Статья 71. Клятва врача

1. Лица, завершившие освоение образовательной программы высшего медицинского образования, при получении документа об образовании и о кватификации дают клятву врача следующего содержания:

«Получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь:

- честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека:
- быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к пациенту, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств;
- проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии;
- хранить благодарность и уважение к своим учителям, быть требовательным и справедливым к своим ученикам, способствовать их профессиональному росту;
- доброжелательно относиться к коллегам, обращаться к ним за помощью и советом, если этого требуют интересы пациента, и самому никогда не отказывать коллегам в помоши и совете;
- постоянно совершенствовать свое профессиональное мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины».

2. Клятва врача дается в торжественной обстановке.

Статья 98. Ответственность в сфере охраны здоровья

1. Органы государственной власти и органы местного самоуправления, должностные лица организаций несут ответственность за обеспечение реализации гарантий и соблюдение прав и свобод в сфере охраны здоровья, установленных законодательством Российской Федерации.
2. 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.

3. Вред, причиненный жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации.
4. 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.

Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации

Извлечение

Статья 18

При все возрастающем многообразии и активности современных методов диагностики и лечения каждый врач обязан обеспечить максимальную безопасность оказания медицинской помощи, чтобы снизить риск возникновения **ятрогенных заболеваний,** действуя в пределах обоснованного риска.

Методические рекомендации
«Скорая медицинская помощь в системе ОМС.
Этап становления, перспективы развития»[2]

Извлечение

Раздел 3. Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи
3.1. Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).
3.2. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи:
3.2.1. не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;
3.2.2. приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством РФ случаях);
3.2.3. приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);
3.2.4. приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);
3.2.5. приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).
3.3. Выполнение непоказанных, не оправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий:
3.3.1. приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;
3.3.2. приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).
3.4. Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).
3.5. Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре, вследствие отсутствия положительной динамики в состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения).
3.6. Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья

застрахованного лица.
3.7. Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.
3.8. Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.
3.9. Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи.

3.10. Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.

3.11. Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).

3.12 Необоснованное назначение лекарственной терапии: одновременное назначение лекарственных средств — синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.

3.13. Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.

3.14. Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2—3 категории.

Порядок
организации и проведения контроля объемов,
сроков, качества и условий предоставления
медицинской помощи по обязательному
медицинскому страхованию[1]

Извлечение

Дефекты медицинской помощи и/или нарушения при оказании медицинской помощи:

- дефекты, связанные с нарушением условий оказания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке застрахованным лицам (выявляются страховыми медицинскими организациями в случае несоблюдения медицинскими организациями положений законодательства Российской Федерации, порядков оказания медицинской помощи, договора на оказание и оплату медицинской помощи, регламентирующих данные условия (в том числе сроки и доступность плановой помощи, маршрутизации при наличии показаний к госпитализации));
- дефекты, связанные с причинением вреда здоровью застрахованным лицам (при ухудшении состояния здоровья, выражающемся в телесных повреждениях, заболеваниях, патологических состояниях, возникших в результате действия механических, физических, химических, биологических, психических и иных факторов внешней среды, а также бездействии в том случае, если оно повлекло ухудшение состояния здоровья);
- доказанные в установленном законодательством Российской Федерации порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации при несоблюдениими принятых этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении своих профессиональных обязанностей;
- невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых или выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи или преждевременным с клинической точки зрения прекращением проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта, устанавливается при полном или частичном несоответствии (как в сторону уменьшения, так и превышения) оказанной застрахованному лицу медицинской помощи обязательным требованиям, предусмотренным законодательством Российской

Федерации, нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, а также произведенные без учета состояния здоровья пациента (информации о наличии противопоказаний или индивидуальных показаний, данных анамнеза);

• нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении, необоснованная или непрофильная госпитализация застрахованного лица (выявляется страховой медицинской организацией при нарушении медицинской организацией порядков оказания медицинской помощи и установленных критериев госпитализации, включая отсутствие медицинских показаний для пребывания пациента в условиях круглосуточного стационара для проведения лечебных и диагностических мероприятий или госпитализация в медицинскую организацию или отделение, не имеющие соответствующей лицензии на оказание данного вида помощи (выполнение технологии));

• развитие ятрогенного заболевания (выявляется при ухудшении состояния здоровья человека или возникновении нового заболевания, обусловленном неблагоприятными последствиями любых медицинских воздействий);

• отсутствие объективных причин непредставления первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации (за исключением: изъятия документации уполномоченными органами, наличия официального запроса от застрахованного лица (представителя), оформленного в установленном законодательством Российской Федерации порядке);

• дефекты оформления первичной медицинской документации, затрудняющие работу с документацией, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи и создающие невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи (выявляется страховой медицинской организацией при нарушении медицинской организацией правил оформления медицинской документации).

Письмо Министерства здравоохранения СССР от 12 июня 1987 г. № 06-14/22
«О порядке проверки фактов нарушений правил, регламентирующих профессиональную деятельность медицинских работников»

Анализ материалов проверок, проводимых комиссиями местных органов здравоохранения по фактам нарушения медицинскими работниками установленного порядка оказания медицинской помощи больным, свидетельствует о том, что такие проверки в большинстве случаев проводятся некачественно. В материалах и выводах зачастую не содержится полной и объективной информации о выявленных ошибках и упущениях в действиях медицинских работников, не указываются непосредственные причины неблагоприятного исхода заболевания, отсутствует анализ причинных связей. Редко отмечается, какие положения действующих нормативных актов, в частности приказов, указаний, инструкций Минздрава СССР и министерств здравоохранения союзных республик, нарушены, в чем конкретно выразились эти нарушения, кем именно они допущены, в какой степени связаны с наступившими последствиями.

Некачественные проверки серьезно затрудняют принятие решений по поводу оценки выявленных нарушений и ответственности медицинских работников, особенно в тех случаях, когда материалы передаются в следственные органы. Отсутствие в материалах четких и квалифицированных ответов по всем вышеуказанным вопросам приводит к необходимости проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз даже тогда, когда этого можно было избежать.

В связи с изложенный, по согласованию с Прокуратурой Союза ССР, Министерство здравоохранения СССР предлагает:

1. Для комиссионной проверки фактов нарушения медицинскими работниками установленного порядка оказания медицинской помощи населению в тех случаях, когда эти нарушения повлекли смерть больного или иные тяжкие последствия, назначать в комиссии только высококвалифицированных специалистов, которые могут всесторонне провести оценку организации и качества оказанной медицинской помощи как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах, а также данные патологоанатомического или судебномедицинского исследования.

2. При установлении медицинской комиссией упущений в профессиональной деятельности медицинских работников, а именно непринятия ими всех мер по своевременному и полному оказанию медицинской помощи с учетом имевшихся в данных условиях возможностей (организация консультаций, консилиумов, привлечение более квалифицированных и опытных специалистов, проведение доступных методов исследования и др.), что повлекло за собой несвоевременную и некачественную диагностику, неполный объем лечебных мероприятий, неправильную тактику и привело к причинению тяжкого вреда здоровью больного или его смерти, органы здравоохранения осуществляют необходимые организационные и профилактические мероприятия, привлекают медицинский персонал к дисциплинарной ответственности, а материалы проверки не позднее 3 дней после ее завершения направляют в прокуратуру района по месту нахождения медицинского учреждения, где допущены указанные нарушения.
3. Установить, что комиссии оформляют результаты своей работы в виде заключения, в описательной части которого кратко излагаются все этапы оказания медицинской помощи, данные о течении заболевания, объеме лечебно-диагностической помощи, в том числе о консультациях, консилиумах, а в резолютивной части указываются выявленные недостатки и ошибки, причины и условия их возникновения, связь с неблагоприятным исходом заболевания. При этом отмечается, какие положения действующих нормативных актов нарушены, кем, в чем выразились эти нарушения. Заключение подписывают все члены комиссии.
4. Передаче в прокуратуру вместе с заключением подлежат подлинники медицинских документов (стационарные и амбулаторные карты больного, акт патологоанатомического вскрытия и др.), письменные объяснения медицинских работников, допустивших нарушения.
5. В тех случаях, когда проверка проводится по требованию прокуратуры, срок ее не должен превышать месяца со дня получения поручения.
6. Ответственность за работу медицинской комиссии, надлежащее оформление материалов и своевременную передачу их в органы прокуратуры возлагается на руководство органа здравоохранения, образовавшего комиссию.
7. Для участия в проведении экспертиз по уголовным делам местным органам здравоохранения, руководителям лечебно-профилактических учреждений и научно-исследовательских институтов по требованию руководителя бюро судебно-медицинской экспертизы беспрепятственно выделять специалистов соответствующего профиля (хирургов, акушеров-гинекологов, терапевтов и др.) и квалификации.

Контроль за исполнением настоящего письма возложить на Главное управление лечебно-профилактической помощи и Главное управление лечебно-профилактической помощи детям и матерям Минздрава СССР.

Органам здравоохранения разрешается размножить настоящее письмо в необходимом количестве.

Критерии оценки качества медицинской помощи

1. Настоящие критерии оценки качества медицинской помощи (далее — Критерии) сформированы на основе порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помоши, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицин ской помощи, разработанных и утвержденных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями.
2. Критерии применяются в целях опенки качества медицинской помощи при следующих заболеваниях и состояниях:

- новообразования;
- болезни эндокринной системы;
- расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- болезни нервной системы;
- болезни крови, кроветворных органов;
- отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- болезни глаза и его придаточного аппарата;
- болезни уха и сосцевидного отростка;
- болезни системы кровообращения;
- болезни органов дыхания;
- болезни органов пищеварения;
- болезни мочеполовой системы;

- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
- врожденные аномалии (пороки развития);
- деформации и хромосомные нарушения;
- беременность, роды, послеродовой период;
- отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, а также при оказании медицинской помощи при проведении искусственного прерывания беременности.

3. Критерии, применяемые при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

а) ведение медицинской документации — медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, истории развития ребенка, индивидуальной карты беременной и родильницы (далее — амбулаторная карта);

- заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой;
- наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;

б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи:

- оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в амбулаторной карте;
- проведение осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме не позднее 2 часов с момента обращения в регистратуру медицинской организации;

в) установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;

г) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

д) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента;

е) включение в план обследования и план лечения перечня лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом лекарственных препаратов, включенных в стандарты медицинской помощи, имеющих частоту применения 1,0, и клинические рекомендации (протоколы лечения);

ж) назначение лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов.
возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

з) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помоши, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения):

- оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в амбулаторной карте;
- установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения;
- проведение при затруднении установления клинического диагнозаконсилиума врачей с внесением соответствующей записи в амбулаторную карту с подписью заведующего амбулаторно-поликлиническим отделением медицинской организации;

и) внесение соответствующей записи в амбулаторную карту при наличии заболевания (состояния), требующего оказания медицинской помощи в стационарных условиях, с указанием перечня рекомендуемых лабораторных и инструментальных методов исследований, а также оформление направления с указанием клинического диагноза при необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме;

к) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения);

л) назначение и выписывание лекарственных препаратов н соответствии с установленным порядком:

- оформление протокола решения врачебной комиссии медицинской организации;
- внесение в амбулаторную карту при назначении лекарственных препаратов для медицинского применения и применении медицинских изделий по решению врачебной комиссии медицинской организации;

м) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке;

н) лечение (результаты):

- отсутствие прогнозируемых осложнений, связанных с проводимой терапией;

отсутствие осложнений, связанных с дефектами обследования, лечения, выбора метода

хирургического вмешательства или ошибок в процессе его выполнения;

о) осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке с соблюдением периодичности осмотров и длительности диспансерного наблюдения;

п) проведение диспансеризации в установленном порядке, назначение по результатам диспансеризации, в случае необходимости, дополнительных медицинских мероприятий, в том числе установление диспансерного наблюдения.

4. Критерии, применяемые при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

а) ведение медицинской документации — медицинской карты стационарного больного, истории родов, истории развития новорожденного (далее — стационарная карта):

• заполнение всех разделов, предусмотренных стационарной картой;
• наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;

б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи в приемном отделении или профильном структурном подразделении (далее — профильное отделение) (дневном стационаре) или отделении (центре) анестезиологии-реанимации медицинской организации:

• оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в стационарной карте;
• проведение первичного осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме, безотлагательно;
• проведение первичного осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме, не позднее 2 часов с момента поступления пациента в приемное отделение (дневной стационар) медицинской организации;
• проведение первичного осмотра врачом профильного отделения медицинской организации не позднее 3 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар);

в) установление предварительного диагноза врачом приемного отделения, или врачом профильного отделения (дневного стационара), или врачом отделения (центра) анестезиологии-реанимации медицинской организации не позднее 2 часов с момента поступления пациента в медицинскую организацию;

г) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

д) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания. тяжести заболевания или состояния пациента, лабораторных и инструментальных методов исследования (при наличии);

е) включение в план обследования и план лечения перечня лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом лекарственных препаратов, включенных в стандарты медицинской помощи, имеющих частоту применения 1,0, и клинические рекомендации (протоколы лечения);

ж) назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

з) указание в плане лечения метода (объема) хирургического вмешательства при заболевании (состоянии) и наличии медицинских показаний, требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики;

и) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения):

• установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации;
• установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение;

к) внесение в стационарную карту в случае особенностей течения заболевания, требующих дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований, соответствующей записи, заверенной подписью заведующего профильным отделением (дневным стационаром):

• принятие решения о необходимости проведения дополнительных исследований вне данной медицинской организации врачебной комиссией медицинской организации с оформлением протокола и внесением в стационарную карчу;
• принятие при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решения консилиумом врачей с оформлением протокола и внесением в стационарную

карту;

• оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в стационарной карте, подписанного лечащим врачом и заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

л) проведение в обязательном порядке осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации, далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю, с внесением в стационарную карту соответствующей записи, подписанной заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

м) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения:

• проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) после установления клинического диагноза;

• проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) при изменении степени тяжести состояния пациента;

н) назначение и выписывание лекарственных препаратов в соответствии с приказом Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1175н:

• • назначение лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, врачебной комиссией медицинской организации, с оформлением решения протоколом с внесением в стационарную карту;

• осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другое профильное отделение внутри медицинской организации с принятием решения о переводе заведующими соответствующими структурными подразделениями (из которого переводится пациент и в которое переводится пациент) с внесением соответствующей записи в стационарную карту;

о) осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, утвержденными соответствующими порядками оказания медицинской помощи по профилям или группам заболеваний, с принятием решения о переводе врачебной комиссией медицинской организации, из которой переводится пациент (с оформлением протокола и внесением в стационарную карту), и согласованием с руководителем медицинской организации, в которую переводится пациент;

п) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке;

р) лечение (результаты):

• отсутствие прогнозируемых осложнений, связанных с проводимой терапией;

• отсутствие осложнений, связанных с дефектами обследования, лечения, выбора метода хирургического вмешательства или ошибок в процессе его выполнения;

• отсутствие внутрибольничной инфекции;

с) проведение при летальном исходе патолого-анатомического вскрытия в установленном порядке;

т) отсутствие расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов;

у) оформление по результатам лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара выписки из стационарной карты с указанием клинического диагноза, данных обследования, результатов проведенного лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению, подписанной лечащим врачом, заведующим профильным отделением (дневным стационаром) и заверенной печатью медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами, выданной на руки пациенту (его законному представителю) в день выписки из медицинской организации.

Библиографический список

Нормативные акты

1. Конвенция о защите прав человека и основных свобод (г. Рим, 04.11.1950) // Собрание законодательства РФ. 2001. № 2. Ст. 163.
2. Международный пакт от 16.12.1966 «Об экономических, социальных и культурных правах».
3. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (принят в г. Нью-Йорке 22.07.1946).
4. Федеральный закон РФ от 30.03.1999 № 52-ФЗ *«О* санитарноэпидемиологическом благополучии населения» // Собрание законодательства РФ. 1999. № 14. Ст. 1650.
5. Федеральный закон РФ от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2010. № 49. Ст. 6422.
6. Федеральный закон РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.
7. Закон РФ от 02.07.1992 № 3185—1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // Ведомости СНД и ВС РФ. 1992. № 33. Ст. 1913.
8. Указ Президента РФ от 28.12.2010 № 1632 «О совершенствовании системы обеспечения вызова экстренных оперативных служб на территории Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2011. № 1. Ст. 193.
9. Постановление Правительства РФ от 16.10.2000 № 789 «Об утверждении Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» // Собрание законодательства РФ. 2000. № 43. Ст. 4247.
10. Постановление Правительства РФ от 30.06.2004 № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения» // Собрание законодательства РФ. 2004. № 28. Ст. 2900.
11. Постановление Правительства РФ от 17.08.2007 № 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причи- ненного здоровью человека» // Собрание законодательства РФ. 2007. № 35. Ст. 4308.
12. Постановление Правительства РФ от 21.11.2011 № 958 «О системе обеспечения вызова экстренных оперативных служб по единому номеру «112» // Собрание законодательства РФ. 2011. № 48. Ст. 6932.
13. Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 (ред. От 15.04.2013) «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» // Собрание законодательства РФ. 2012. № 17. Ст. 1965.
14. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» // Собрание законодательства РФ. 2012. № 41. Ст. 5628.
15. Постановление Министерства груда и социального развития РФ от 18.07.2001 № 56 «Об утверждении Временных критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» // Российская газета. 2001. 29 августа.
16. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 № 58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2010. № 36.
17. Приказ Минздравомцразвития РФ от 15.01.2007 № 30 «Об утверждении порядка допуска студентов высших и средних медицинских учебных заведений к участию в оказании медицинской помоши гражданам» // СПС «КонсультантПлюс».
18. Приказ Мишдравсоцразвития РФ от 12.02.2007 № ПО «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания» // Российская газета. 2007. 15 мая.
19. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 13.11.2007 № 699 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с острым панкреатитом (при оказании специализированной помощи)».
20. Приказ Мишдравсоцразвития РФ от 24.04,2008 № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» // Российская газета. 2008. 05 сентября.
21. Приказ Минздравсоиразвития РФ от 07.07.2009 № 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» // Российская газета. 2009. 26 августа
22. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении Порядка организации

и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» // Российская газета. 2010. 20 августа.
23. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 541 н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» // Российская газета. 2010. 27 сентября.
24. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011 № 624н (ред. От 02.07.2014) «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности» // Российская газета. 2011. 11 июля.
25. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 04.05.2012 № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи» //Российская газета. 2012. 23 мая.
26. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» // Российская газета. 2012. 22 июня.
27. Приказ Минздрава РФ от 24.04.2003 № 161 «Об утверждении Инструкции по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы» // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2003. № 38.
28. Приказ Минздрава РФ от 20.12.2012 № 1175н «Об утверждениипорядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» //Российская газета. 2013. 03 июля.
29. Приказ Минздрава РФ от 20.12.2012 № П77н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» // Российская газета. 2013. 05 июля.
30. Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 № 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения».
31. Приказ Минздрава РФ от 6.06.2013 № 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий».
32. Приказ Минздрава РФ от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».
33. Приказ Минздрава РФ от 03.02.2015 № 422ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».
34. Приказ Минздрава РФ от 07.07.2015 № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2015. № 43.
35. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» // Российская газета. 2011. 02 февраля.
36. Письмо Минздрава СССР от 12.06.1987 № 06-14—22 «О порядке проверки фактов нарушения правил, регламентирующих профессиональную деятельность медицинских работников».
37. Письмо Минздрава РФ от 7.12.2015 № 13—2/1538 «О сроках хранения медицинской документации»
38. Письмо Минздрава РФ № 14—0/10/2—2564. Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 7155/30 от 26.09.2012 «О направлении Методических рекомендаций «Скорая медицинская помощь в системе ОМС. Этап становления, перспективы развития» // Здравоохранение. 2013. № 1.
39. Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации (принят Первым национальным съездом врачей Российской Федерации 05.10.2012).
40. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр (МКБ-10, 1СЭ-10).

Учебная и справочная литература

1. *Акопов В.И., Карасова /О.В.* Правовое регулирование профессиональной деятельности медицинского персонала: учеб. пособие. Ростов н/Д: Феникс, 2008.
2. *Александрова 0.10.* Ответственность за правонарушение в медицине: учеб. пособие / О.Ю. Александрова [и др.]. М.: Академия, 2006.
3. *Алехин Д.В.* Типовые вопросы при назначении судебных экспертиз: справочник. М., 2014.
4. *Багмет А.М., Черкасова Л.И.* Тактика и методика расследования причинения смерти по неосторожности следствие ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей: учеб. пособие. М., 2013.
5. *Бычков В.В.* Квалификация и расследование преступлений против здоровья: учеб. пособие. М.: Юрлитинформ, 2015.
6. *Егоров К.В.* Правомерный вред в медицине. М.: Статут, 2011.
7. *Еникеев М.И.* Следственные действия: психология, тактика, технология: учеб. пособие / М.И. Еникеев,

В.А. Образцов, В.Е. Эминов. М, 2011.
8. *Казачек Е.Ю.* Особенности расследования причинения смерти по неосторожности, вследствие ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей: методические рекомендации: методические рекомендации. Хабаровск: Пятый факультет повышения квалификации Академии СК России, 2014.
9. *Колкутин В.В.* Судебные экспертизы / В.В. Колкутин [и др.]. М.,2001,
10. *Пашинян Г.А., Ившин И.В.* Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. М.: Медицинская книга, 2006.
11. *Петрова Т.Н.* Особенности расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи при родовспоможении: учеб.-метод, пособие. М.: Академия СК России, 2015.
12. *Порядок* проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи: методические рекомендации. М: ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России, 2015.
13. *Пристанское В.Д.* Особенности расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи: учеб. пособие. СПб., 2007.
14. *Пристанское В.Д.* Ятрогенныс преступления: понятие, подходы к исследованию: монография. СПб., 2005.
15. *Сергеев Ю.Д., Бисюк Ю.В.* Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (экспертно-правовые аспекты): науч.-практ. руководство. М., 2008.
16. *Сергеев Ю.Д., Ерофеев СВ.* Неблагоприятный исход оказания медицинской помоши. М., 2001.
17. *Черкасова Л.И.* Особенности расследования причинения смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей: методические рекомендации / под ред. А.М. Багмета, В.В. Бычкова. М.: Институт повышения квалификации СК России, 2013.

<u>*Статьи*</u>

1. *Александров СП.* Неверный диагноз // Предварительное следствие. М., 2015. Вып. 2(28), С. 17-26.
2. *Багмет А.М.* Тактика допроса при расследовании преступлений, совершенных медицинскими работниками // Воронежские криминалистические чтения. 2016. № 1(18). С. 107—115.
3. *Багмет А.М., Черкасова Л.И.* Криминалистические особенности расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками // Российский следователь. 2014. № КС. 10—14.
4. *Багмет А.М., Черкасова Л.И.* Особенности расследования профессиональных преступлений медицинских работников // Эксперт-криминалист. 2014. № 1. С. 3—5.
5. *Багмет А.М., Черкасова ЛИ.* Особенности проведения проверки сообщений о преступлениях, совершенных медицинскими работниками // Российский следователь. 2014. № 7. С. 51—55.
6. *Багмет А.М., Черкасова Л.И.* Процессуальное значение проведения следственного эксперимента по делам о преступлениях, совершенных медицинскими работниками // Российский следователь. 2014. № 10. С. 17-19.
7. *Багмет А.М., Черкасова Л.И.* Некоторые вопросы квалификации преступлений, совершаемых медицинскими работниками // Юридический мир. 2014. № 6(210). С. 8—10.
8. *Багмет А.М., Черкасова Л. И.* Составы преступлений, совершаемых медицинскими работниками // Юридический мир. 2014. № 12(216). С. 56-58.
9. *Багмет А.М., Черкасова Л.И.* Врачебные ошибки при оказании медицинской помощи детям: уголовно-правовая оценка // Уголовный процесс. 2015. № I. С. 44—47.
10. *Багмет А.М., Черкасова Л. И.* Профессиональные ошибки и дефекты при оказании медицинской помощи детям: уголовно-правовая оценка// Российский следователь. 2015. № 1. С. 15—17.
11. *Багмет А.М., Черкасова Л. И.* К вопросу о совершенствовании уголовно-правового регулирования профессиональных преступлений медицинских работников при оказании медицинской помощи детям // Образование. Наука. Научные кадры. 2014. № 6. С. 92-94.
12. *Багмет А.М., Черкасова Л.И.* Проведение проверки сообщения о совершении преступления по факту причинения смерти по неосторожности медицинскими работниками // Известия Тульского государственного университета. Экономические и юридические науки. Выпуск 4. Часть 2. Юридические науки. Тула: Изд-во ТулГУ, 2014. С. 35-41.
13. *Ъагмет А.М., Петрова Т.Н.* Совершенствование уголовного законодательства о преступлениях, совершенных медицинскими работниками // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. 2016. № I. С. 19-24.
14. *Болтышов С.А.* Врачебная ошибка доказана // Предварительное следствие. 2015. Вып. 4 (30). С. 71-76.
15. *Веиев ДА.* Судебно-медицинская экспертиза причинения смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей //Медицинское право. 2015. № 4. С. 17-19.

16. *Гецманова И.В.* Актуальные вопросы правовой оценки и расследования преступлений, связанных с дефектами оказания медицинской помощи // Медицинское право. 2007. № 2.
17. *Горелов Г.В.* К вопросу об уголовно-правовом содержании понятия неоказания помощи больному // Российский следователь. 2012. № 23. С. 24-25.
18. *Ерофеев СВ., Жаров В.В.* Конфликт между пациентом и медицинским персоналом: анализ и предупреждение // Медицинское право. 2003. № 1. С. 22-24.
19. *Ерофеев СВ.* Мониторинг судебно-медицинских экспертиз в случаях неблагоприятного исхода медицинской помощи // Медицинское право. 2003. № *2.* С. 20-22.
20. *Ерофеев СВ., Тимофеев Д.Н.* Дефекты оказания офтальмологической помощи: обзор отечественной и зарубежной практики //Медицинское право. 2005. № 3. С. 14—17.
21. *Иванова В.Г.* Обстоятельства, подлежащие установлению при расследовании преступлений, совершенных медицинскими работниками в процессе профессиональной деятельности // Известия Саратовского университета. 2009. Т. 9. Серия Экономика. Управление. Право. Вып. 1. С. 86—87.
22. *Козлов СВ.* Об отношении врачей и правоприменителей к проблеме ятрогенной патологии (результаты социологического опроса) // Медицинское право. 2011. № 3. С. 28—31.
23. *Комиссионные* судебно-медицинские экспертизы качества медицинской помощи по уголовным делам (материалам проверки), связанным с ненадлежащим оказанием медицинской помощи больным лицам: методическое пособие // Информационный бюллетень Следственного комитета Республики Беларусь. 2015. № 2(4). С. 299-310.
24. *Кошелева И.С* Медицинская документация как объект исследования при расследовании уголовных дел в отношении медицинских работников // Российский следователь. 2010. № 4.
25. *Крылова Н.Е., Павлова II.В.* Субъект преступлений, совершенных в сфере медицинской деятельности // Современное право. 2006. № 4.
26. *Кузнецов СВ.* Правила оценки доказательств применительно к заключениям судебно-медицинской экспертизы оказания медицинской помощи // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения: сборник научно-практических трудов. 2015. 3(9). С. 75-79.
27. *Кулькин А.* Субъект ответственности за неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ) // Уголовное право. 2014. № 1. С. 41-43.
28. *Куранов В.Г.* Классификация правонарушений в сфере оказания медицинской помощи // Мировой судья. 2014. № 12. С. 26—32.
29. *Перепечина И.О.* Актуальные вопросы расследования преступлений медицинских работников против жизни и здоровья // Эксперт-криминалист. 2013. № 4. С. 16—20.
30. *Перепечина И.О.* Анализ статистических сведений о преступлениях против жизни и здоровья, совершенных медицинскими работниками // Российский юридический журнал. 2013. № 5. С. 139—144.
31. *Попов В.Л,* Судебно-медицинская экспертиза при расследовании профессиональных правонарушений медицинских работников //Альманах судебной медицины. 2015. № 26. С. 95—97.
32. *Проблемы* выявления неосторожных преступлений в медицине: информационное письмо // Информационный бюллетень Следственного комитета Республики Беларусь. 2015. № 2(4). С. 311—321.
33. *Рамазанов И.Р.* Суд оправдал врача, обвиняемого в смерти пациента // Уголовный процесс. 2013. № 2.
34. *Саранцев К.А.* Основные задачи первоначального этапа расследования преступно-ненадлежащего оказания медицинской помощи //Российский следователь. 2013. № 2. С. 15—16.
35. *Сергеев Ю.Д., Ерофеев СВ.* Проблема ненадлежащего оказания медицинской помощи: методика изучения и актуальность // Медицинское право. 2003. № 1. С. 4—7.
36. *Сергеев Ю.Д. Ерофеев СВ.* Неблагоприятный исход медицинскойпомощи: оценка причин и условий инцидента // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе: мат-лы Всерос. науч.-практич. конф. с международным участием, посвященной 75-летию Российского центра суд.-мед. экспертизы. М., 2006. С. 301-302.
37. *Сергеев Ю.Д., Ерофеев СВ.* Судебно-медицинская экспертиза по делам о профессиональных и должностных правонарушениях медицинских работников // Медицинское право: учебный комплекс: В 3 т. М.: Гэотар-Медиа, 2008. С. 458-478.
38. *Сергеев Ю.Д., Ерофеев СВ.* Экспертно-правовые аспекты ненадлежащего оказания медицинской помощи // Медицинское право. 2014. № 6. С. 3-8.
39. *Сергеев Ю.Д., Козлов СВ.* Основные виды дефектов оказания медицинской помощи (по данным комиссионных судебно-медицинских экспертиз) // Медицинское право. 2012. № 3. С. 35—38.
40. *Сергеев Ю.Д., Козлов СВ.* Судебно-медицинская экспертиза необоснованного отказа в оказании медицинской помощи // Медицинское право. 2013. № 5. С. 3—5.
41. *Сергеев Ю.Д., Трефилов А.А.* Ответственность за неоказание помощи больному в уголовном праве России, Украины и Беларуси: сравнительно-правовые аспекты // Медицинское право. 2012. № 2. С. 3-6.
42. *Смирнова Д.В.* Понятие «преступления медицинских работников против жизни и здоровья» и его криминалистическое значение //Адвокатская практика. 2015. № 2. С. 25—28.
43. *Сучкова Т.Е.* К вопросу о квалифицирующих признаках врачебной ошибки // Медицинское право. 2014. № 6. С. 41—44.
44. *Сучков А.В.* О предмете доказывания по профессиональным преступлениям, совершенным медицинскими работниками // Медицинское право. 2011. № 3. С. 31—35.

45. *Сучков А.В. К* вопросу о противоречивости оснований квалификации преступных деяний медицинских работников при исполнении профессиональных (должностных) обязанностей по ст. 293 УК РФ «Халатность» // Медицинское право. 2013. № 6. С. 40—48.
46. *Тягунов Д.В., Самойличенко А.И.* Характеристика дефектов оказания медицинской помощи по материалам комиссионных судебно-медицинских экспертиз // Медицинское право. 2008. № 4.
47. *Фролов Я.А., Канунникова Л.В., Фролова Е.В.* О правовых проблемах врачебной (медицинской) ошибки // Медицинское право. 2003. № 2. С. 22-23.
48. *Чупрына П.С.* Уголовная ответственность медицинских работников за нарушение ими профессиональных обязанностей // Вестник Томского государственного университета. 2009. № 320. С. 143—145.
49. *Шишов М.А.* Правовые аспекты организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи (с учетом судебной практики) // Медицинское право. 2014. № 1. С. 51—55.
50. *Яни П.С.* Разграничение должностных и профессиональных функций при квалификации халатности // Законность. 2012. № 4. С. 41-46.

Судебная практика

1. Постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 5.03.2004 № 1 «О применении судами норм Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации» // Бюллетень Верховного Суда РФ. 2004. № 5.
2. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 26.01.2010 № 1 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина» // Бюллетень Верховного Суда РФ. 2010. № 3.

Электронный ресурс

1. *Пристанское В.Д.* Расследование ятрогенных преступлений: лекция. Санкт-Петербургский юридический институт Генеральной прокуратуры РФ. URL: http//www.ampspb.ru

Оглавление

Глава 1. Понятие и квалификация ятрогенных преступлений 6
1.3. Понятие ятрогении и ятрогенных преступлений 6
1.4. Квалификация ятрогенных преступлений 8
Глава 2. Стадия возбуждения уголовного дела 14
2.3. Проверка сообщения о преступлении 14
2.4. Анализ информации, полученной при проверке сообщения о преступлении 15
2.3. Отказ в возбуждении уголовного дела 17
Глава 3. Особенности расследования ятрогенных преступлений 20
3.1. Особенности производства отдельных следственных действий при расследовании ятрогенных преступлений 20
3.2. Использование специальных знаний при расследовании ятрогенных преступлений 37
3.3. Возмещение имущественного вреда и компенсация морального вреда 50
3.4. Прекращение уголовного дела 51
Приложения 52
Приложение 1. Обзор судебно-следствснной практики по делам о ятрогенных преступлениях 52
Приложение 2. Нормативные акты, относящиеся к ятрогении 71
Библиографический список 81