

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

РОССИЙСКИЙ ЦЕНТР СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Труды

**ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

**«ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ:
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД»**

12–13 мая 2022 года

**под общей редакцией доктора медицинских наук, профессора
И.Ю. Макарова**

Москва 2022

УДК 340.6
ББК 58.1+67.531
П84

Профессиональные правонарушения медицинских работников: междисциплинарный подход. Труды Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 12–13 мая 2022 года, Москва // под общ. ред. д.м.н., проф. И.Ю. Макарова. – М.: ООО «Принт», 2022. – 416 с.

В сборнике трудов научно-практической конференции представлены результаты исследований ученых – врачей – судебно-медицинских экспертов, врачей клинических специальностей, профессорско-преподавательского состава кафедр медицинских и юридических ВУЗов и специалистов смежных профессий, посвященных актуальным вопросам организации и выполнения судебно-медицинских экспертиз по делам, связанным с профессиональными нарушениями медицинских работников, взаимодействию с правоохранительными органами, случаям из практики, подготовке кадров и многое другое.

Издание предназначено для судебно-медицинских экспертов, судебных экспертов, врачей других специальностей, профессорско-преподавательского состава, судей, следователей, адвокатов и лиц, проводящих дознание.

Редакционная коллегия:

главный редактор – доктор медицинских наук, профессор И.Ю. Макаров;
научные редакторы – старший научный сотрудник Н.В. Нарина, кандидат медицинских наук П.В. Минаева, кандидат медицинских наук Л.А. Шмаров, кандидат медицинских наук А.Л. Кочоян.

В тексте издания сохранены содержание, стиль и орфография, использованные авторами научных работ. Издатель не несет ответственности за достоверность приведенной авторами информации, допущенные авторами ошибки и опечатки, а также любые последствия, которые они могут вызвать.

ISBN 978-5-9631-0944-1

© ФГБУ РЦСМЭ Минздрава России, 2022

Обращение к читателям
директора ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы»,
главного внештатного специалиста
по судебно-медицинской экспертизе Минздрава России,
доктора медицинских наук, профессора И.Ю. Макарова

Глубокоуважаемые участники конференции!

12–13 мая 2022 года в Москве пройдет Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Профессиональные правонарушения медицинских работников: междисциплинарный подход».

Конференция проводится Министерством здравоохранения Российской Федерации и ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России.

В работе Конференции планируется заслушать более 50 докладов, порядка 1000 слушателей будут наблюдать за работой конференции «онлайн» в каждый из дней работы, более 100 гостей прибудут для очного участия в заседаниях!



Среди участников мероприятия – представители многих региональных Бюро судебно-медицинской экспертизы и кафедр судебной медицины, профессора, доктора и кандидаты медицинских и юридических наук, врачи-клиницисты различных специальностей; представители Следственного комитета Российской Федерации; Министерства юстиции Российской Федерации; Министерства обороны Российской Федерации!

Дела, связанные с профессиональными правонарушениями врачей, сопряжены с большим общественным резонансом. Алгоритм решения специальных вопросов при проведении судебно-медицинских экспертиз по случаям такого рода, аспекты межведомственного взаимодействия безусловно вызывают интерес у врачей – судебно-медицинских экспертов, врачей клинических специальностей, юристов, работников судебно-следственных органов и прокуратуры, представителей кафедр медицинских и юридических ВУЗов.

На Конференции будет рассмотрен и обсужден широкий круг вопросов:
- организационные и правовые аспекты проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам, связанным с профессиональными правонарушениями медицинских работников;

- актуальные вопросы и пути совершенствования единого подхода к проведению судебно-медицинских экспертиз по делам, связанным с профессиональными правонарушениями медицинских работников: основные термины и определения, установление причинно-следственных связей, определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека;

- профессиональная подготовка врачей – судебно-медицинских экспертов отделов экспертиз по материалам дела, где проводятся комиссионные судебно-медицинские экспертизы по делам, связанным с профессиональными правонарушениями медицинских работников

- актуальные вопросы и проблемы взаимодействия судебно-медицинских структур с правоохранительными органами в аспекте выполнения судебно-медицинских экспертиз по делам, связанным с профессиональными правонарушениями медицинских работников;

- проблемы проведения «независимых экспертиз» в негосударственных судебно-медицинских экспертных учреждениях;

- судебно-следственная практика по различным медицинским профилям в гражданском и уголовном производстве.

Актуальные вопросы организации и выполнения экспертиз по делам, связанным с профессиональными правонарушениями медицинских работников, трудности и пути их преодоления, успешное решение вопросов межведомственного взаимодействия, кадровые вопросы, экспертные случаи и многое другое нашли отражение в многочисленных публикациях настоящего сборника.

Желаю всем участникам Конференции, присутствующим на заседаниях и участвующим в ее работе в формате «онлайн», интересной и плодотворной деятельности, успехов в профессиональном труде, здоровья и благополучия!

И.Ю. Макаров

Москва, 12 мая 2022 года

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ	5
СЛУЧАЙ ДЕФЕКТА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЧНОСТЕЙ <i>Е.С. Антропова, И.Б. Шкурина</i>	10
В ЛАБИРИНТАХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ И НЕГОСУДАРСТВЕННОЙ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РФ <i>А.Х. Бабоев</i>	15
ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТА ПО МЕДИКО-ПРАВОВЫМ И ЭКСПЕРТНЫМ ВОПРОСАМ – ЗАЛОГ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>д.м.н., профессор Е.Х. Баринев, д.м.н., профессор П.О.Ромодановский, А.Е. Баринев, к.м.н., доцент А.В. Скребнев</i>	23
НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ДЕЛАМ, СВЯЗАННЫМ С ПРАВОНАРУШЕНИЯМИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ <i>к.м.н. Л.В. Беляев</i>	32
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ <i>к.м.н. Л.В. Беляев, к.м.н. К.В. Ноздряков</i>	38
КАЧЕСТВЕННО-КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОМИССИОННЫХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ВРАЧЕБНЫМ ДЕЛАМ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В ДИНАМИКЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ТРИ ГОДА <i>д.м.н., доцент А.П. Божченко, к.м.н. О.А. Быховская, д.м.н. профессор В.Д. Исаков</i>	46
К ВОПРОСУ О МЕСТЕ И РОЛИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ДЕЛАМ О ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЯХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: ПРОБЛЕМЫ ИСТИННЫЕ И МНИМЫЕ <i>д.м.н., доцент А.П. Божченко, д.м.н., профессор И.А. Толмачев</i>	55
ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЭКСПЕРТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СО СЛЕДСТВЕННЫМИ ОРГАНАМИ ПО ДЕЛАМ О ПРИЧИНЕНИИ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТУ <i>к.м.н. А.В. Борисов, к.м.н. Д.М. Налётова</i>	66
ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ РЕАКЦИИ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ НА ПРИМЕРЕ СТАТИНОВ <i>к.м.н. Н.В. Бурмистрова</i>	73
К ВОПРОСУ ОБ УГОЛОВНО-ПРАВОВОЙ ОЦЕНКЕ СОДЕЯННОГО МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ ПРИ НЕОСТОРОЖНОМ СОПРИЧИНЕНИИ СМЕРТИ ПАЦИЕНТУ <i>к.ю.н., доцент Е.Г. Быкова</i>	80

**ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПРЕСТУПЛЕНИЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО
ВРАЧЕВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ СПЕЦКУРСОВ ДЛЯ СТУДЕНТОВ
МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

*д.м.н., профессор А.Ю.Вавилов, д.м.н., профессор В.И.Витер, д.м.н.,
доцент А.Р.Поздеев* 87

**ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ
ВРАЧЕЙ В СУДЕБНИКАХ СРЕДНЕВЕКОВОЙ АРМЕНИИ**

д.м.н., профессор Ш.А. Варданян 93

**ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ ИНТУБАЦИИ
ТРАХЕИ (НА ПРИМЕРЕ ДВУХ СЛУЧАЕВ)**

П.В. Васюков, Н.А. Ковайкин, Е.В. Аврелькина, к.м.н., В.Ю. Гавричков 102

**ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ РАССЛЕДОВАНИЯ КАК ГАРАНТИЯ ЮРИДИЧЕСКИ
ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

*д.ю.н., проф. В.Ю. Владимиров, С.О. Родионова, д.м.н., проф. А.В. Лукьяненко,
к.м.н. П.В. Минаева* 109

**АНАЛИЗ КОМИССИОННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В
СЛУЧАЯХ, СВЯЗАННЫХ С ДЕФЕКТАМИ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

С. Г. Воеводина, д.м.н., профессор Е. Х. Баринов 117

**ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ
УГОЛОВНОГО ДЕЛА О СУРРОГАТНОМ МАТЕРИНСТВЕ
ДЛЯ ГРАЖДАН КНР**

д.м.н., профессор О.А. Дмитриева, Н.В. Накцова 123

**ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННАЯ СВЯЗЬ МЕЖДУ ДЕЙСТВИЯМИ ВРАЧА И
ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ**

к.м.н, доцент О.Б. Долгова 132

**ПРОБЛЕМА ИНТЕРПРЕТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ СУДЕБНО-
МЕДИЦИНСКИМИ ЭКСПЕРТНЫМИ КОМИССИЯМИ И СОТРУДНИКАМИ
ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ**

к.м.н, доцент О.Б. Долгова, к.м.н., доцент Б.Б. Яцинюк 140

**ПРОБЛЕМЫ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННОЙ СВЯЗИ В
ПРЕСТУПЛЕНИЯХ, СОВЕРШАЕМЫХ ПУТЕМ БЕЗДЕЙСТВИЯ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКАМИ**

Е.О. Игонина 149

**ИССЛЕДОВАНИЕ СВИДЕТЕЛЬСКИХ ПОКАЗАНИЙ И ДРУГИХ
«НЕОБЪЕКТИВНЫХ» ДАННЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРТИЗ
ПО ФАКТАМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Р.Э. Калинин, д.м.н., профессор Е.Х. Баринов, д.м.н. Д.В. Сундуков 157

**ПРОБЛЕМЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРАВОВЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ
ОШИБКИ В УСТАНОВЛЕНИИ КРАЕВОГО ПЕРЕЛОМА ЛАДЬЕВИДНОЙ
КОСТИ СТОПЫ (случай из практики)**

д.м.н., доц. В.М. Караваев, О.Г. Степанова, д.м.н. В.А. Фетисов 165

**ПРАВОВОЙ СТАТУС УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ:
ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ**

д.м.н. А.В. Ковалев, д.ю.н., профессор В.Ю. Владимиров, к.м.н., доц. Г.Х. Романенко 175

**ПРОИЗВОДСТВО КОМИССИОННОЙ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ
ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ДЕЛАМ, СВЯЗАННЫМ С ЖАЛОБАМИ РОДСТВЕННИКОВ
НА НЕПРАВИЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ
С ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

к.м.н., доцент А.В. Копылов, к.м.н. М.В. Берлай 186

**КОМИССИОННАЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
КАК ВАЖНЕЙШЕЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВО ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ И СУДЕБНОМ
РАССМОТРЕНИИ ДАННОЙ КАТЕГОРИИ УГОЛОВНЫХ ДЕЛ. ПОРЯДОК
НАЗНАЧЕНИЯ И ПРОВЕДЕНИЯ**

*к.м.н. А.В. Копылов, к.м.н. И.И. Федько, к.м.н. И.А. Гатило, к.м.н. М.В. Берлай,
Х.А. Аванесян* 193

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ СОДЕЙСТВИЕ В УГОЛОВНО-ПРАВОВОЙ
КВАЛИФИКАЦИИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ПРИ COVID-19 (случай из практики)**

*к.м.н., доцент С.В. Кузнецов, д.м.н. Б.С. Литвинцев, д.м.н., профессор Ю.А. Молин,
Д.С. Яценко, А.А. Кузнецова* 203

**СЛУЧАЙ СМЕРТИ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ДАУНА ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ
МАГНИТА**

Д.Е. Кузьмичев, Р.В. Скребов, П.В. Мисников, И.М. Вильцев 209

**ИСТОРИЧЕСКИЕ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ДЕЛАМ О
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЯХ МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ**

д.м.н. И.Е. Лобан 217

**ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

М.В.Лядова, Е.С.Тучик 232

**О СЛОЖНОСТЯХ ЭТАПА ФОРМИРОВАНИЯ ВЫВОДОВ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ
ЭКСПЕРТИЗ ПО ВОПРОСАМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

к.м.н. Н.В. Малахов, Е.М. Тришина, к.м.н, доцент Е.В. Тришин 236

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА С ЭЛЕМЕНТАМИ ЭКСПЕРТИЗЫ
КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ДЕЛАМ, СВЯЗАННЫМ С
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ПРАВОНАРУШЕНИЯМИ МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ**

Н.А. Морозова 243

**ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОМИССИОННЫХ
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ за 2013-2014 и 2019-2020 годы**

М.Ш. Мукашев, А.Э. Турганбаев, Токтосун у. Бекжан, Б.А. Асанов, М.Т. Моношов 248

АНАЛИЗ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ГРАЖДАНСКИМ И УГОЛОВНЫМ ДЕЛАМ, СВЯЗАННЫМ С НЕНАДЛЕЖАЩИМ ОКАЗАНИЕМ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

к.м.н. И.О. Печерей, д.м.н., профессор П.О. Ромодановский, д.м.н., профессор Н.Ф. Плавунов 254

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКИХ ЭСТЕТИЧЕСКИХ ПОКАЗАНИЙ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

И.В. Плетянова 259

АНАЛИЗ КОМИССИОННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ДАННЫМ ГБУЗ РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ «БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ» за 2016-2020 годы

В.Л. Попов, О.С. Лаврукова, И.Б. Шкурина 269

НАЗНАЧЕНИЕ И ВЫПОЛНЕНИЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО МАТЕРИАЛАМ «ВРАЧЕБНЫХ ДЕЛ» - ОСНОВНЫЕ СЛОЖНОСТИ

д.м.н. Т.Г. Попова, к.м.н. М.И. Сойхер, Е.Р. Командина, к.м.н. Л.А.Шмаров..... 273

ПРОБЛЕМЫ КОМИССИОННЫХ И КОМПЛЕКСНЫХ ЭКСПЕРТИЗ В ГРАЖДАНСКОМ СУДОПРОИЗВОДСТВЕ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ ЧАСТНЫМИ ЭКСПЕРТАМИ И ЧАСТНЫМИ СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

д.ю.н., профессор Е.Р. Россинская 281

К ВОПРОСУ О НЕЗАВИСИМЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗАХ

к.ю.н. Ю.Б. Самойлова, к.м.н. А.Ю. Пайков 292

СЛУЧАЙ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ДЕФЕКТА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЯ СИАЛОАДЕНИТА

к.м.н., доцент С.Л. Семенов, д.м.н., профессор И.А. Толмачев, д.м.н., доцент А.П. Божеченко 297

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА РОДОВОЙ ТРАВМЫ НОВОРОЖДЕННОГО. ВОЗМОЖНОСТИ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРЯМОЙ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННОЙ СВЯЗИ ПРИ НАЛИЧИИ ДЕФЕКТОВ ПАТОЛОГОАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ. ТРУДНОСТИ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Р.В. Скребов, А.А. Савостеев, Ю.А. Солодовник, И.А.Адамович, Е.Д. Хадиева 306

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ДЕЛАМ, СВЯЗАННЫМ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ПРАВОНАРУШЕНИЯМИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Е.С. Сухарева, Ю.Е. Егорова, К.Ю. Кощеева, С.В. Мартус, к.м.н. И.С. Эделев, д.м.н., профессор Н.С. Эделев 315

ОСОБЕННОСТИ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ФАКТУ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГУЗ «ЗАБАЙКАЛЬСКОЕ КРАЕВОЕ БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ»

О.А. Туранов, Е.С. Новокрещенова 321

КОМИССИОННАЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА КАК ЭЛЕМЕНТ ДОКАЗЫВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПРЕСТУПЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА	
<i>В.Б. Хазизулин</i>	326
ФОРМИРОВАНИЕ АНЕВРИЗМЫ МЕЖКОСТНОЙ АРТЕРИИ ПРИ НЕТИПИЧНОМ АНАТОМИЧЕСКОМ РАСПОЛОЖЕНИИ АРТЕРИЙ ОБЛАСТИ ЛОКТЕВОЙ ЯМКИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)	
<i>Д.А. Хромов, Э.С. Грига, д.м.н., доцент А.П. Божченко</i>	334
КОМПЕТЕНЦИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТОВ В УСТАНОВЛЕНИИ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННОЙ СВЯЗИ В ЗВЕНЬЯХ КАУЗАЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭКСПЕРТИЗ ПО «ВРАЧЕБНЫМ ДЕЛАМ»	
<i>д.м.н., доцент Ю.А. Хрусталева</i>	340
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОСТАВА КОМИССИИ ПО ПРОИЗВОДСТВУ СМЭ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
<i>С.В. Шепелев</i>	346
РОЛЬ ПРОФЕССОРА С.В. ЕРОФЕЕВА В ИЗУЧЕНИИ ЭКСПЕРТНО-ПРАВОВЫХ АСПЕКТОВ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
<i>д.м.н., Ю.Ю. Шишкин, А.Ю. Бурлакова, С.Ю.Бурлаков</i>	353
АНАЛИЗ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ, КАСАЮЩИЕСЯ ОЦЕНКИ ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
<i>к.м.н. Л.А.Шмаров</i>	362
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ОСЛОЖНЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	
<i>к.м.н. Л.А. Шмаров, М.В. Бобылева</i>	370
НАЗНАЧЕНИЕ И ВЫПОЛНЕНИЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО МАТЕРИАЛАМ «ВРАЧЕБНЫХ ДЕЛ» - ОСНОВНЫЕ СЛОЖНОСТИ	
<i>к.м.н. Л.А. Шмаров, Т.П. Козлова</i>	377
ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ СИНДРОМЕ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА/ТОКСИЧЕСКОМ ЭПИДЕРМАЛЬНОМ НЕКРОЛИЗЕ. ВЫЯВЛЕННЫЕ ДЕФЕКТЫ, НЕ ПОЗВОЛИВШИЕ УСТАНОВИТЬ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ (ВЕРСИИ ДИАГНОЗА, ПУТИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ДЕФЕКТОВ)	
<i>к.м.н. Б.Б. Яцинюк, Р.В. Скребов, П.П. Гавриков, Ю.А. Солодовник, А.А. Савостеев</i>	384
СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ	396

СЛУЧАЙ ДЕФЕКТА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЧНОСТЕЙ

Е.С. Антропова¹, И.Б. Шкурина²

¹ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск
²ГБУЗ РК «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Петрозаводск

Аннотация: Статья посвящена судебно-медицинской экспертизе случая дефекта оказания медицинской помощи при хирургическом лечении варикозного расширения вен нижней конечности. Патология вен нижних конечностей - одно из самых распространенных заболеваний сосудов ног. Основным методом лечения данной патологии является операция. Для успешного проведения оперативного пособия необходимо предоперационное обследование больного. Тактические и технические ошибки, допущенные при планировании и выполнении хирургического вмешательства по поводу этой патологии, могут стать причинами рецидивов данного заболевания.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, дефект оказания медицинской помощи, варикозное расширение вен нижней конечности, малая подкожная вена.

A CASE OF DEFECTIVE MEDICAL CARE IN THE SURGICAL TREATMENT OF VARICOSE VEINS OF THE LOWER EXTREMITIES

E.S. Antropova¹, I.B. Shkurina²

¹Petrozavodsk State University, Petrozavodsk

²Bureau of Forensic Medical Expertise, Petrozavodsk

Summary: The article is devoted to the forensic medical expertise of a case of medical care defect in surgical treatment of varicose veins of the lower extremity. The pathology of the lower limbs veins is one of the most widespread vascular diseases of the legs. The main method of treatment for this pathology is surgery. Preoperative examination of the patient is necessary for successful surgical treatment. Tactical and technical mistakes made while planning and performing the surgical intervention concerning this pathology could cause the recurrence of the disease

Keywords: forensic medical expertise, defect of medical care rendering, varicose veins of the lower extremity, small subcutaneous vein.

Актуальность работы обусловлена тем, что варикозная болезнь занимает лидирующее место среди заболеваний сосудов нижних конечностей. По данным литературы, частота встречаемости варикозного расширения вен нижней конечности составляет от 9,3 до 25 % [1,2]. Этим заболеванием страдают до 40% мужчин и до 60% женщин. Причем число больных, нуждающихся в помощи врача-флеболога, постоянно увеличивается [3–5].

Наиболее радикальным способом лечения варикозной болезни, несмотря на появление новых технологий, остается хирургическое вмешательство. Цель операции – устранение симптомов заболевания (включая и косметический дефект), предотвращение прогрессирования варикозной трансформации подкожных вен. Показанием к операции служит наличие рефлюкса крови из глубоких вен в поверхностные у больных с классами С2-С6. Операция должна производиться только на той вене, которая вовлечена в патологический процесс. Объем вмешательства определяется индивидуально на основании данных, полученных при осмотре и с помощью современных методов исследований. Наиболее информативным является ультразвуковое ангиосканирование с цветным картированием кровотока, триплексное сканирование. Методы позволяют достоверно определить анатомо-морфологические изменения венозного русла, оценить состояние стенок и клапанов поверхностных и глубоких вен, их проходимость, протяженность рефлюкса, состояние перфорантных вен.

Операции, применяемые при данной патологии, отличаются большим разнообразием. Стандарты хирургического вмешательства по поводу варикозной болезни предполагают высокую приустьевую перевязку и пересечение большой и малой подкожных вен со всеми притоками, пересечение недостаточных перфорантных вен (прямым или эндоскопическим способом), удаление стволов подкожных вен с учетом протяженности их клапанной недостаточности и варикозной трансформации. Тем не менее, ни при одной хирургической патологии не совершается столько технических ошибок, как при лечении варикозной болезни [6]. Высокий уровень рецидивов после данных операций отмечается у 20–80 % больных [7]. Причиной рецидива варикозного расширения вен нижних конечностей в послеоперационный период могут стать как ошибки при диагностике заболевания (неправильная диагностика локализации перфорантных вен с клапанной недостаточностью, невыявленный варикоз в системе малой подкожной вены), так и тактические ошибки, допущенные в

ходе операции (низкая перевязка большой подкожной вены с оставлением латеральной ветви, нерадикальное удаление малой подкожной вены, неполная перевязка коммуникантных вен) [8–10]. Кроме того, сложность оперативного лечения данного заболевания обусловлена значительной вариабельностью анатомического строения венозной системы.

Пренебрежение тщательным предоперационным обследованием больного может привести к неправильной тактике оперативного вмешательства, и развитию послеоперационных осложнений и рецидивов.

Клинический случай. Гр. Л. поступила в хирургическое отделение стационара для планового оперативного лечения в связи с варикозной болезнью вен нижних конечностей. За год до поступления больной было выполнено триплексное сканирование вен нижних конечностей, которое показало поражение левой малой подкожной вены, а именно наличие несостоятельности клапанов устья и верхней трети ствола вены, расширение извитых надфасциальных притоков с несостоятельностью клапанов, несостоятельность перфоранта в области средней трети задне-медиальной поверхности голени. Состояние большой подкожной вены, по результатам этого же исследования, признано удовлетворительным. Показанием к операции служило наличие рефлюкса крови в поверхностных венах классом С2. Больной была произведена стандартная флебэктомия в бассейне большой подкожной вены.

После операции гр. Л. прошла курс амбулаторного лечения и была выписана с клиническим выздоровлением. Через 4 месяца у пациентки имело место ухудшение состояния здоровья, обусловленное рецидивом заболевания вен левой нижней конечности: появились жалобы на боли и дискомфорт в области левой голени. Рецидив подтверждался результатами повторного триплексного сканирования вен, выполненного через 11 месяцев после операции.

При проведении судебно-медицинской экспертизы выявлены следующие дефекты оказания медицинской помощи:

- при поступлении дана неполная формулировка диагноза без учета нозологического подхода и использования классификации CEAP. С учётом данной классификации, диагноз у пациентки должен был быть сформулирован следующим образом: «Варикозное расширение вен левой нижней конечности, C2S, Er, As, Pr4, 17, LI», либо с использованием укороченного варианта: «Варикозное расширение вен левой нижней конечности, C2S, в бассейне малой подкожной вены». Это обозначило бы наличие поражения именно малой подкожной вены;

- не выполнено ультразвуковое ангиосканирование непосредственно перед операцией, что является нарушением требований «Стандарта медицинской помощи больным с варикозным расширением вен нижних конечностей (при оказании специализированной помощи)» [11];

- не проведена маркировка сафено-поплитеального анастомоза, ствола и притоков вены, подлежащей оперативному удалению, ни с помощью ультразвуковой ангиоскопии, ни при осмотре пациентки накануне операции.

Вышеуказанные дефекты диагностики и предоперационной подготовки повлекли за собой неправильный выбор плана и объёма хирургического лечения и привели к удалению большой подкожной вены левой нижней конечности, что является ошибкой, т.к. ни по морфологическим данным, ни по функциональному состоянию вены показаний к ее удалению не было. Удалению подлежала малая подкожная вена. Операцией выбора являлась кроссэктомия – перевязка вены и её притоков, удаление ствола малой подкожной вены в пределах, в которых по данным ультразвукового сканирования определено наличие рефлюкса. Удаление большой подкожной вены ухудшило состояние больной в отдаленный послеоперационный период и стало причиной рецидива заболевания.

Так как поверхностные вены нижних конечностей, к числу которой относится и удалённая большая подкожная вена, не являются магистральным венам, данный дефект оказания медицинской помощи не может быть квалифицирован по признаку опасного для жизни человека.

Однако между установленными дефектами оказания медицинской помощи и ухудшением состояния пациентки имеется прямая причинно-следственная связь, потому таковые подлежат квалификации в соответствии с Правилами и Медицинскими критериями (согласно п.25 «Медицинских критериев...» [12]). С учетом общей продолжительности временной нетрудоспособности (по данным амбулаторной карты гр. Л. более 21 дня), установленные дефекты оказания медицинской помощи, повлекшие ухудшение состояния здоровья пациентки в отдалённом периоде, могут квалифицироваться, как вред здоровью средней тяжести, по признаку его длительного расстройства (согласно п.7.1. «Медицинских критериев...» [12]).

Таким образом, ключевыми факторами для успешного выполнения оперативного вмешательства по поводу варикозного расширения вен нижней конечности является полное предоперационное обследование больного, позволяющее правильно оценить степень поражения подкожных вен и, на основе полученного диагноза, выбрать соответствующую тактику операции.

Литература

1. Веденский А.Н., Вахратьян П.Е. Варикозная болезнь. Москва: Медицина, 1983.
2. Шевела А.И., Шкурин Я.В., Мустафаев Н.Р. Новые возможности консервативной терапии у пациентов с лимфатическими отеками нижних конечностей. Проблемы экспериментальной, клинической и профилактической лимфологии: материалы научной конф. с международным участием. Новосибирск: 2002;277–379.
3. Алехин Д.И. Повторное хирургическое лечение варикозной болезни: причины и особенности. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2005;11(2):55–60.
4. Богачев В.Ю. Хронические заболевания вен нижних конечностей: современный взгляд на патогенез, лечение и профилактику. *Флебологическая*. 2008;34:2–10.
5. Богачев В.Ю. Что было интересного на конгрессе международного союза флебологов? *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2007;13(4):79–83.
6. Думпе Э.П., Ухов Ю.И., Швальб П.Г. Физиология и патология венозного кровообращения нижних конечностей. Москва: Медицина, 1982.
7. Гавриленко А.В., Вахратьян П.Е. Рецидив или продолжение варикозной болезни – вот в чем вопрос? *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2007;13(1):86–89.
8. Гавриленко А.В., Вахратьян П.Е. Современные методы комплексного лечения больных с рецидивом варикозной болезни после хирургических вмешательств. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2012;18(2):97-100.

9. Гавриленко А.В. К вопросу о рецидиве варикозной болезни нижних конечностей: Тез. докл. III конф. Ассоциации флебологов России. Ростов н/Д: 2001;40-41.

10. Вахрагьян П.Е., Гавриленко А.В., Ким Е.А. Результаты комплексного лечения больных варикозной болезнью нижних конечностей. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2008;14(4):93–98.

11. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 14.05.2007 N 333 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с варикозным расширением вен нижних конечностей (при оказании специализированной помощи)» – URL : <https://phlebology-sro.ru/upload/iblock/b09/5> (дата обращения 07.02.22).

12. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24.04.2008 N 194н (ред. от 18.01.2012) «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 13.08.2008 N 12118) – URL : <https://base.garant.ru/12162210/> (дата обращения 07.02.22).

В ЛАБИРИНТАХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ И НЕГОСУДАРСТВЕННОЙ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РФ

А.Х. Бабоев

ФГБОУ ВО «Российский экономический университет имени Г.В. Плеханова» в г. Пятигорске Ставропольского края, г. Черкесск

Аннотация: *Накопившиеся проблемы организации и производства экспертиз и официальное признание права участия в таких исследованиях экспертов негосударственных организаций, предусмотренные федеральными органами, требуют достойного внимания, обсуждения и соблюдения прав специалистов при судебно-медицинских экспертизах. Уровень судебно-медицинских познаний сотрудников соответствующих органов: дознания, следствия, надзорных и судебных не соответствует велению времени. Противоречия в оценке заключений эксперта (государственного и негосударственного) и специалиста в уголовном судопроизводстве; нарастающее число обоснованных и не обоснованных жалоб на действия или бездействия медперсонала; право предоставления стороне защиты на назначение судебных экспертиз; являются насущными задачами для коллективного обсуждения. Разнообразие форм судебно-медицинских организаций и учреждений способно позитивно отразиться на качестве экспертных исследований.*

Ключевые слова: *государственные судебно-экспертные учреждения, экспертизы, государственный и негосударственный судебный эксперт, освидетельствования, исследования, обследования, права эксперта и специалиста, врачебные дела, специализированные Бюро СМЭ, права сторон и участников уголовного процесса.*

IN THE LABYRINTHS OF RUSSIAN GOVERNMENTAL AND NON-GOVERNMENTAL FORENSIC MEDICAL EXPERTISE

A.Kh. Baboev

individual entrepreneur, ex-chief of the Forensic medical expertise bureau of Karachai-Cherkess Republic, honored physician of Karachai-Cherkess Republic, Tcherkessk

Summary: *The accumulated problems of organization and production of examinations and the official recognition of the right to participate in such studies of experts from non-governmental organizations, provided by the federal authorities, require worthy attention, discussion and observance of the rights of specialists in forensic medical examinations. The level of forensic knowledge of employees of the relevant authorities: inquest, investigation, supervisory and judicial doesn't correspond to the dictates of the time. Contradictions in the assessment of the conclusions of an expert (governmental and non-governmental) and a specialist in criminal proceedings; the growing number of justified and unfounded complaints about the actions or inactions of medical staff; the right to provide a party with protection for the appointment of forensic examinations; are pressing issues for collective discussion. A variety of forms of forensic organizations and institutions can positively affect the quality of expert researches.*

Keywords: *governmental forensic institutions, expertise, examinations, researches, surveys, governmental and non-governmental forensic expert, expert's rights and responsibilities, medical cases, specialized bureaus, rights of the parties and participants in the litigation.*

Пёстрая палитра форм и степени профессиональной зрелости представительств учреждений и организаций судебно-медицинской экспертизы в РФ может поражать уровень фантазии любого гражданина, кто когда-либо сталкивался с деятельностью нашей службы.

С сожалением приходится констатировать, что РЦСМЭ отчасти перестал выполнять функции ведущего научно-методического органа в практической сфере СМЭ, которым определялись важные направления практической деятельности судебных экспертов, а также контрольные функции. Негативные процессы функционирования ГСЭУ стали все чаще и чаще проявляться в виде: формального анализа (произвольная перепечатка) медицинских документов, игнорирования требований ведомственных нормативных актов, регламентирующих порядок производства СМЭ и алгоритм действий экспертов при различных видах исследований, отсутствия научного обоснования экспертных выводов, что привело к резкому росту ошибочных экспертных заключений. Чаще всего ошибки проявлялись в форме противоречивых оценок характера и механизма травматических повреждений, сроков давности образования повреждений (по визуальным и судебно-гистологическим признакам), степени тяжести вреда здоровью,

половых состояний лиц женского и мужского пола, непосредственной причины и давности наступления смерти, сохранению способности потерпевших к совершению активных целенаправленных действий, и др., т.е., практически по всем самым принципиальным вопросам и задачам, которые входят непосредственно в компетенцию экспертов (специалистов) и должны быть разрешены при качественной судебно-медицинской экспертизе. Основными причинами этих ошибок являются: низкий уровень профессиональной подготовки молодых специалистов, отсутствие регулярного обучения на очных курсах повышения квалификации, отсутствие внутреннего контроля и самообразования на рабочих местах, игнорирование или недоступность специальной литературы, а также недостаточный уровень познаний в судебной медицине кадров правоохранительных, надзорных и даже судебных органов.

Современные медицинские вузы в некоторых субъектах РФ дисциплину «судебная медицина» преподают как факультатив, часы обучения сокращены. На фоне традиционного дефицита кадров за последние годы особенно стал заметным рост числа молодых специалистов женского пола и их трудоустройство в судебно-медицинские экспертные учреждения (ГСЭУ) на должности экспертов-танатологов. Самоуверенность и верхоглядство молодых специалистов в ГСЭУ на фоне недостаточных профессиональных знаний стали особой приметой начинающих судебных медиков. При складывающейся негативной ситуации в сфере государственной системы судебно-медицинской экспертизы насущность негосударственной системы СМЭ становится очевидной.

Редкий сотрудник правоохранительных или судебных органов способен оценить содержание исследовательской части заключения эксперта. Представителям правоохранительных и судебных органов важна почему-то лишь выводная часть, и поэтому в современной реальности чаще всего только сторона защиты инициирует проведение альтернативного судебно-

медицинского исследования материалов дел и обращается к негосударственному эксперту.

Вынужденные назначения комиссионных (комплексных) экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел в ГСЭУ других субъектов РФ часто, почти всегда, отклоняются под разными предлогами либо проводятся месяцами и годами, что не может удовлетворять ни самих граждан, ни органы дознания и следствия, ни судебную систему. Все эти обстоятельства создают условия, когда лицам, содержащимся под стражей, все эти сроки производства комиссионных экспертиз уже не дают шансов на иной исход обвинительного заключения и приговора, даже при запоздалом получении безупречных объективных заключений СМЭ.

При всей сложности профессии судебных медиков и возложенной на неё ответственности проблемы начинаются с безграмотных действий начинающих следователей или дознавателей; далее сопровождаются и закрепляются неполноценными или малограмотными экспертными заключениями, а это закономерно приводит к судебным ошибкам, почти всегда завершаясь обвинительными судебными приговорами.

Все ошибки органов дознания или следствия при нашей системе прокурорского надзора и правосудия, в итоге завершаясь закономерными неправосудными приговорами, приводят к утрате доверия граждан своему государству и власти, подрывая их устои изнутри.

В настоящее время региональные Бюро СМЭ имеют самые разнообразные юридические формы регистрации: ГУЗ, БУЗ, ГБУЗ, РГБУ, КУЗ, АУЗ (государственные, бюджетные, казенные, автономные и т. п.), от которых зависят форма и способы финансирования. Многие вынуждены на свое усмотрение вводить не только свои формы бланков, которые кардинально отличаются друг от друга, но также различные виды и объём платных услуг, доведенных местами в отдельных регионах страны до абсурда, вызывая возмущение населения и общественный резонанс.

К примеру, взять пресловутый акт судебно-медицинского освидетельствования (обследования), который, по сути, является заключением специалиста, т.к. статус эксперта процессуально приобретается при назначении и производстве экспертизы. Происходит путаница понятий об образовании, специализации, профессии, должности, процессуальном статусе специалиста или эксперта. Различный статус эксперта или специалиста кардинально влияет на правовую значимость выданных заключений. При этом странным выглядит отказ судей признать допустимым заключение специалиста – негосударственного эксперта, а заключение специалиста, работающего в ГСЭУ, признается вполне себе полноценным доказательством! Ведь в ГСЭУ различных субъектов нашей страны разнятся не только бланки документов, но и подход к экспертизам и освидетельствованиям со стороны судебных и следственных органов. Органы дознания часто направляют в мировые суды материалы по делам частных обвинений, базирующихся на актах судебно-медицинских освидетельствований, нередко составленных на основании лишь диагнозов в медицинских справках, при этом не несут за допускаемые ошибки никакой ответственности. В это же время, при вступлении в процесс экспертного исследования негосударственного судебного эксперта, т.н. «независимого» эксперта (стало ругательным), судебные органы часто отказывают в приобщении к делу его заключения. В действиях судебного органа в таких ситуациях трудно найти логику.

Постановление Правительства РФ от 17.11.2011 г. № 938 «О внесении изменения в пункт 6 Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», и Приказ Минздравсоцразвития РФ от 18 января 2012 г. № 18н, а также Постановление Пленума Верховного суда РФ № 28 от 21 декабря 2010 г. вполне достаточны для урегулирования споров и сомнений о необходимости и значимости заключений негосударственных судебно-медицинских экспертов и специалистов! Осталось только законодательно позволить стороне защиты (адвокату) назначать судебно-

медицинские экспертизы выбранному экспертному учреждению или специалисту, а также предоставить ему право предупреждения (уведомления) эксперта о наличии, сути и смысле ст. 307 УК РФ.

Вполне возможно, наступят времена, когда сторона обвинения и сторона защиты будут состязаться в судах с привлечением своих экспертов или специалистов! Негативные тенденции, складывающиеся с качеством экспертиз в ГСЭУ в последнее время, ускоряют этот процесс. Частые отказы судей в районных или городских судах негосударственному эксперту (специалисту в статусе ИП), который физически не принимал и не мог принимать участие в первичной экспертизе трупа или экспертизе живого лица (ни во времени, ни в пространстве), по причине его неучастия в проведенных в ГСЭУ экспертных исследованиях, беспочвенны. Ведь любая следующая экспертиза (дополнительная, повторная, комиссия, комплексная), проводимая по конкретному факту, будет базироваться на материалах дел и результатах предыдущих экспертиз, но к ним претензий со стороны судебного органа, почему-то не бывает.

Негосударственные эксперты (в силу своего многолетнего опыта и накопленных знаний) часто находят массу ошибок в заключениях «статусных» коллег. «Независимый» эксперт – «зависимый» эксперт: кому же придётся «посыпать голову пеплом» или «рвать рубаху на груди»? Лучше всего, когда голова чистая и рубаха целая! Зависимость или независимость эксперта от чего бы то ни было, критерий строго индивидуальный и персональный, независящий от места работы!

Если СК РФ создал в своей структуре отделы по расследованию профессиональных правонарушений медицинских работников, значит к этому, по всей видимости, привели резко увеличившиеся случаи жалоб граждан на врачебные ошибки и халатность медработников. Этот рост жалоб вполне был предсказуем, т.к. очевидные тенденции к снижению уровня профессионализма медицинских работников, сложные перемены в законодательстве, прецеденты в судебных тяжбах с реальной возможностью

возмещения материального и морального ущерба, подталкивают граждан к отстаиванию своих законных прав - прав пациентов. Жалобы населения на халатность врачей и врачебные ошибки (ятрогении), часто с трагическими исходами, обусловлены и взаимосвязаны с накопившимися проблемами в современной системе здравоохранения (оптимизация, реформирование, лицензирование, сертификация, аккредитация...).

Анонсированные проблемные вопросы очередной Всероссийской научно-практической конференции в мае текущего года вселяют надежду на их детальное обсуждение и решение назревших проблем в судебно-медицинской экспертизе в нашей стране. Ведь все судебно-медицинские эксперты (государственные (ГСЭУ), ведомственные (СК РФ, ФМБА, МО), негосударственные) в своей работе используют действующие нормативные документы, регулирующие их профессиональную деятельность, и в дальнейшем будут ими пользоваться в рамках федерального законодательства. Есть надежда, что государственная и негосударственная судебно-медицинская экспертиза должны и могут взаимно дополнять друг друга, исправлять ошибки коллег, повышать общий уровень экспертных заключений, двигаться в одном направлении с целью сохранения и приумножения авторитета и репутации нашей профессии!

Ввиду особой сложности экспертиз по «врачебным» делам, в каждом федеральном округе, либо по другой схеме, можно было бы создать специализированные отдельные бюро по производству комиссионных судебных экспертиз – именно по «врачебным» делам (ненадлежащем исполнении профессиональной деятельности медицинских работников), с целью обеспечения объективности и сокращения сроков производства этих трудоёмких видов экспертиз. Аналогичные предложения звучали десятки лет назад на наших профессиональных форумах (Всероссийских и региональных научно-практических конференциях, съездах), но воплощения в жизнь так и не нашли. Это обеспечило бы истинную объективность экспертов и высокое качество заключений, т.к. к производству этих видов экспертиз можно и

нужно приглашать ведущих ученых из медицинских вузов, практиков из крупных медицинских организаций и учреждений. Промедление с решением этих наболевших задач крайне негативно отражается на человеческих судьбах многих наших коллег – врачей клинических специальностей, снижая при этом и без того невысокий уровень репутации и престиж медицинской профессии. Российский народ достоин лучшего отношения к своему здоровью, а российские медики достойны лучшей участи своей судьбы при совершении неизбежных врачебных ошибок, но не преступлений!

Предложения по урегулированию деятельности негосударственной судебно-медицинской экспертизы на нынешнем этапе:

1. В резолюцию научно-практической конференции внести пункт с обращением в судебный (Верховный суд), исполнительный (Правительство РФ) либо законодательный орган (Государственную Думу) о внесении в список полномочных лиц, имеющих право назначать судебно-медицинские экспертизы, наряду с указанными в УПК РФ, представителей Адвокатской Палаты РФ, т.е. адвокатов.

2. Внести предложение об исключении противоречий между положениями ст. 14 Закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» ФЗ-73 и ст. 199 УПК РФ о праве руководителя судебно-экспертного учреждения о разъяснении прав и предупреждении об ответственности по ст.307 УК РФ; отредактировать содержание ст. 58 УПК РФ (Специалист), которое в действующей редакции не соответствует полному смыслу полномочий специалиста в уголовно-правовых взаимоотношениях.

3. Обратиться в Верховный суд с ходатайством об обсуждении вопроса на Пленарном заседании ВС и возложения на федеральных и мировых судей обязанности приобщения заключений государственных и негосударственных судебно-медицинских экспертов для их полноценной оценки на принципах состязательности.

ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТА ПО МЕДИКО-ПРАВОВЫМ И ЭКСПЕРТНЫМ ВОПРОСАМ – ЗАЛОГ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*д.м.н., профессор Е.Х. Баринов, д.м.н., профессор П.О.Ромодановский,
А.Е. Баринов, к.м.н., доцент А.В. Скребнев*

*Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.
Евдокимова Минздрава России, Москва*

***Аннотация:** В работе приводятся сведения о совершенствовании преподавания судебной медицины и судебно-медицинской экспертизы по вопросам связанным с ненадлежащем оказанием медицинской помощи и о проблемах конфликтов возникающих при оказании медицинской помощи. Не смотря на все положительные тенденции в сфере охраны здоровья населения, в современном состоянии здравоохранения не снижается уровень конфликтности, зачастую обусловленной неудовлетворённостью пациентов качеством оказываемой помощи.*

***Ключевые слова:** подготовка специалиста, качество, безопасность, медицинская помощь, судебно-медицинская экспертиза, учебные пособия.*

MEDICAL, LEGAL AND EXPERT TRAINING - THE KEY TO IMPROVING THE QUALITY AND SAFETY OF MEDICAL CARE

*E.K. Barinov, P.O. Romodanovsky, A.E. Barinov, A.V. Skrebnev
Moskovsky State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimova Ministry of
Health of Russia, Moscow*

***Summary:** The work provides information on improving the teaching of forensic medicine and forensic medicine in matters related to inadequate medical care and the problems of conflict arising in the provision of medical care. Despite all the positive trends in the field of public health, the current state of health does not reduce the level of conflict, often due to the dissatisfaction of patients with the quality of care provided.*

***Keywords:** specialist training, quality, safety, medical care, forensic examination, training manuals.*

***Актуальность.** На всём протяжении этапа становления и развития современного отечественного и мирового здравоохранения, проблема качества оказания медицинской помощи (услуги) всегда вызывала большой интерес, как у медиков, так и у юристов.*

Однако в последние годы все чаще появляются высказывания о том, что судебно-медицинская экспертиза должна заниматься вопросами, связанными с качеством оказания медицинской помощи. При этом совершенно не учитывается положение о том, что же составляет предмет

судебно-медицинской экспертизы и входит ли в компетенцию судебно-медицинской экспертизы решение вопроса о качестве оказания медицинской помощи [1,2].

Проблеме участия судебно-медицинской экспертизы в судебном процессе, связанном с «медицинскими спорами» посвящено немало работ, в которых раскрывается суть предмета судебно-медицинской экспертизы.

Следует отметить, что предметом судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг является установление степени соответствия профессионального медицинского пособия потребностям состояния здоровья пациента. Вышесказанное проявляется последовательностью от состояния здоровья пациента через этапы установления диагноза и лечения к фактическим последствиям, которые определенным образом – как причинно-следственная связь – соразмеряются с исходным состоянием здоровья пациента. Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности проблемы и должно быть усвоено специалистом еще со студенческой скамьи во время прохождения циклов по дисциплинам «Судебная медицина», «Правоведение», «Организация здравоохранения и общественное здоровье» [1–4].

Целью работы явилось создание специального цикла тематического усовершенствования для студентов медицинского вуза, ординаторов и аспирантов, позволяющего разобраться в вопросах качества и безопасности медицинской помощи, профилактики врачебных ошибок и разрешения конфликтных ситуаций в медицинской практике.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили отчеты научно-исследовательской и учебной работе за 15 лет кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

Результаты и обсуждение. Медицинская помощь является по своей правовой сути оказываемой услугой (т.е. совершением определенных действий или осуществлением определенной деятельности), конечными

результатами которой могут быть: динамика состояния пациента после проведённого курса лечения, состояние здоровья определённых контингентов после проведения диспансерных мероприятий и выполнения комплексных профилактических программ; удовлетворённость потребителя, которым может быть пациент, медицинский работник, назначивший какое-либо исследование или лечебную процедуру, другие результаты лечебно-профилактических или оздоровительных мероприятий.

Оценка качества результата медицинской помощи может проводиться при помощи квалитетического мониторинга, который позволяет не только определить её качество, но и проследить пространственную и временную динамику за счёт рационального выбора показателей качества, разработки методов их определения и оптимизации. Для оценки качества медицинской помощи могут быть использованы такие категории показателей как ёмкостные (показатели удельного типа – взвешенные, долевыe), темповые (показатели динамики процессов), временные (показатели, определяемые по шкале времени и позволяющие осуществлять мониторинг при сравнении динамических рядов показателей), абсолютные (непосредственные показатели тех или иных свойств, определяющих качество медицинской помощи – количество медицинских учреждений, прошедших аттестацию или аккредитацию, количество врачей, работающих в практическом здравоохранении, имеющих врачебную категорию и др.), относительные (показатели, полученные в результате комплексирования показателей разнородных свойств оцениваемого качества медицинской помощи, измеренных в той или иной шкале с применением коэффициентов значимости), обобщённые (результат статического свёртывания по множеству значений тех или иных показателей). Таким образом очевидно, что сложность понятия категории качества медицинской помощи требует необходимости определения целого набора комплексных, компактных и экономических показателей для определения качества как самих

медицинских услуг, так и качества организации и функционирования систем, представляющих эти услуги населению [1–3].

Рассматривая теоретические аспекты проблемы качества медицинской помощи, следует выделить надлежащее и ненадлежащее качество медицинской помощи. Надлежащие качества медицинской помощи – это соответствие оказанной медицинской помощи современным представлениям о её необходимых уровне и объёме при данном виде патологии с учётом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного медицинского учреждения. Ненадлежащие качества медицинской помощи – это несоответствие оказанной медицинской помощи общепринятым современным представлениям о её необходимых уровне и объёме при данном виде патологии с учётом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного медицинского учреждения. Оценка качества медицинской помощи основывается на сопоставлении реальных действий врача и представлений о том, какими они должны быть, с учётом индивидуальных особенностей больного и конкретных условий оказания медицинской помощи. Процесс оценки качества медицинской помощи включает три основных этапа: выявление врачебных ошибок; обоснование врачебных ошибок; обоснование рекомендаций по предотвращению врачебных ошибок на основе выяснения причин их возникновения [1,2].

Необходимо подчеркнуть, что предмет судебно-медицинской экспертизы по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг в значительной степени определяется предназначением и пределами такой экспертизы, а также пределами компетенции проводящих ее экспертов. То есть, в задачу судебно-медицинской экспертизы не входит установление качества оказания медицинской помощи. Решение же вопроса о качестве оказания медицинской помощи не относится к компетенции судебно-медицинского эксперта.

Вышеизложенное должно быть рассмотрено на практических занятиях по дисциплине «Судебная медицина», где согласно рабочей программе

специально выделена тема «Ненадлежащее оказание медицинской помощи».

Однако, как показала педагогическая практика этого явно не достаточно для усвоения данной темы. Поэтому, для восполнения данного пробела на кафедре судебной медицины и медицинского права МГМСУ им. А.И. Евдокимова было предложено проведение для студентов, ординаторов, аспирантов курса краткосрочного тематического усовершенствования (36 академических часов) по теме: «Экспертная оценка неблагоприятных исходов медицинской помощи по ряду медицинских специальностей». Целью курса является овладение обучающимися основными знаниями, умениями и навыками в области судебной медицины с целью формирования необходимых компетенций в рамках основных видов профессиональной деятельности врача. Задачами курса явились обучение вопросам судебной медицины в объеме, необходимом для успешного выполнения обязанностей эксперта при производстве судебно-медицинской экспертизы, а также специалиста при участии в некоторых видах процессуальных действий; формирование у студентов и ординаторов навыков общения и взаимодействия с коллективом, коллегами, а также представителями правоохранительных органов.

Следует отметить, что на практических занятиях с обучающимися подробно разбираются случаи из экспертной и клинической практики. Это позволяет детально усвоить те ошибки, которые совершали клиницисты.

Помимо лекций и практических занятий, предусмотрена и самостоятельная работа обучающихся. Самостоятельная работа включает в себя разбор следующих тем: «Экспертная оценка неблагоприятных исходов медицинской помощи в предмете судебной медицины и системе предмета», «Объекты и методы судебно-медицинской экспертизы неблагоприятных исходов медицинской помощи. Порядок назначения и производства экспертизы в случаях неблагоприятных исходов медицинской помощи», «Особенности судебно-медицинской экспертизы (исследования) трупа при смерти в больничном учреждении. Принципы построения судебно-

медицинского диагноза и выводов (заключения) в случаях неблагоприятных исходов медицинской помощи», «Особенности судебно-медицинской экспертизы живых лиц в случаях неблагоприятных исходов медицинской помощи. Правила и медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи», «Судебно-медицинская экспертиза в случаях привлечения медицинских работников к уголовной ответственности за профессиональные и профессионально-должностные преступления», «Судебно-медицинская экспертиза при гражданских исках пациентов о возмещении ущерба, причиненного ненадлежащим оказанием медицинской помощи (услуги). Дефекты оказания медицинской помощи. Анализ неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи по вине пациентов».

Для детального усвоения материала, помимо общепринятых учебников и учебных пособий по дисциплине «Судебная медицина», кафедрой судебной медицины и медицинского права МГМСУ им. А.И. Евдокимова подготовлен ряд руководств для врачей и учебных пособий.

Вопросам медико-правового характера были посвящены: учебное пособие «Ненадлежащее оказание медицинской помощи. Судебно-медицинская экспертиза» изданное под редакцией П.О. Ромодановского, А.В. Ковалева, Е.Х. Барина (2018), руководство для врачей «Судебно-медицинская и медико-правовая оценка неблагоприятных исходов в стоматологической практике» (2016), учебное пособие для студентов «Медико-правовая и экспертная оценка неблагоприятных исходов при оказании стоматологической помощи» (2019), изданные сотрудниками кафедры под редакцией ректора МГМСУ им. А.И. Евдокимова, академика РАН, профессора О.О. Янушевича, в учебном пособии «Уголовная ответственность за преступления, связанные с нарушением медицинскими работниками профессионального долга» (2020), в учебном пособии «Судебно-медицинская экспертиза дефектов оказания экстренной

медицинской помощи больным с острой абдоминальной хирургической инфекцией» (2021).

Вопросы качества и безопасности медицинской помощи изложены в учебных пособиях «Судебно-медицинская экспертиза профессиональных ошибок в акушерстве-гинекологии и неонатологии» (2018) «Качество и безопасность оказания стоматологической помощи. Судебно-медицинские и медико-правовые вопросы» под редакцией проф. Е.Х. Баринаова, проф. П.О. Ромодановского (2018) и в учебном пособии «Судебно-медицинская экспертиза профессиональных ошибок в стоматологической практике и пластической хирургии» (2019). Правовые вопросы ответственности медицинских работников рассмотрены в учебных пособиях «Медицинское право: правовая грамотность врача» под редакций Е.Х. Баринаова, «Юридическая ответственность медицинских работников и организаций» (2021) и в научно-практическом пособии «Теория и практика судебной экспертизы в гражданском и арбитражном процессе» под редакцией Е.Р. Россинской (2006).

Под редакцией проф. П.О. Ромодановского и проф. Е.Х. Баринаова было подготовлено и издано 2-ое издание руководства для врачей «Судебная стоматология» (2020) и практическое пособие «Судебно-медицинская экспертиза в стоматологии» (2020).

Помимо того за последние годы сотрудниками кафедры опубликовано свыше 300 научных работ, которые посвящены вопросам судебно-медицинской экспертизы случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи. Большинство данных работ опубликовано в журналах рекомендованных ВАК РФ, ряд которых индексируется в международной базе цитирования Scopus. Работы на данную тему опубликованы и в зарубежной печати, в журналах и сборниках научных трудов Армении, Украины, Узбекистана, Таджикистана, ФРГ.

Для тех обучающихся, которые проявили интерес к изучению данной проблемы, кафедра рекомендует ознакомиться с рядом монографий,

подготовленных сотрудниками кафедры на основании проведенных исследований. Среди рекомендуемых изданий можно отметить следующие работы: «Потребности гражданского судопроизводства в судебной медицине» (Баринов Е.Х., 2017), «Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским делам» (Баринов Е.Х., 2013; 2019), «Практика применения специальных познаний судебной медицины в суде» (Баринов Е.Х., Гецманова И.В., Поздеев А.Р., 2017), «Медико-правовая осведомленность медицинских работников» (Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н., Михеева Н.А., Татаринцев А.В., 2011), «Судебно-медицинская экспертиза профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи в стоматологии» (Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., 2011), «Экспертная оценка профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи в акушерстве-гинекологии и неонатологии» (Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Терентьева Л.В., Черкалина Е.Н., 2012), «Экспертная оценка профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов в практике пластической хирургии» (Михеева Н.А., Баринов Е.Х., 2011), «Экспертная оценка дефектов оказания медицинской помощи больным с острой абдоминальной хирургической инфекцией» (Татаринцев А.В., Баринов Е.Х., Ярема В.И., 2011), «Экспертная оценка случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи в кардиологической практике» (Косухина О.И., Баринов Е.Х., 2018), «Алгоритм судебно-медицинской работы в случаях массовых острых инфекционных заболеваний органов дыхания в замкнутых коллективах» (Сухарева М.А., Баринов Е.Х., Пинчук П.В., 2018), «Критерии обоснованности заключения судебно-медицинской экспертизы по «медицинским» делам в гражданском процессе» (Баринов Е.Х., Каменева К.Ю., 2021), «Судебная экспертиза в цивилистических процессах» под редакцией Е.Р. Россинской (2018) и др.

Следует отметить тот факт, что не все обучающиеся собираются связать свою судьбу с судебно-медицинской экспертизой. Однако полученные звания позволяют будущему врачу чувствовать себя более

уверенным в освоении избранной специальности. Сведения о порядке проведения судебно-медицинской экспертизы по делам, связанным с ненадлежащим оказанием медицинской помощи также способствует общему развитию будущего врача.

Выводы. Таким образом, целенаправленное изучение медико-экспертных и юридических аспектов в деятельности врачей, психологии общения с пациентом поможет значительно снизить частоту конфликтных ситуаций с пациентами. Изучение и разработка проблем зарождения, разрешения и профилактики конфликтов, возникающих при оказании медицинской помощи, в настоящее время становится все более актуальной и насущной.

Литература

1. Баринов Е.Х. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским делам. – 2-е изд., перераб. и доп. (Серия: Актуальные монографии). – Москва: Юрайт. -2019. – 181 с.;
2. Баринов Е.Х. Потребности гражданского судопроизводства в судебной медицине. Монография. – Саарбрюккен: Немецкая Национальная Библиотека, LAP LFBVBERT Academic Publishing.- 2017. – 194 с.;
3. Баринов Е.Х., Гецманова И.В., Поздеев А.Р. Практика применения специальных познаний судебной медицины в суде. Монография – Москва: «Проспект». – 2017. – 176 с.;
4. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н., Михеева Н.А., Татаринцев А.В. Медико-правовая осведомленность медицинских работников. Монография. – Москва: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав». – 2011. – 120 с.;

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ДЕЛАМ, СВЯЗАННЫМ С ПРАВОНАРУШЕНИЯМИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

к.м.н. Л.В. Беляев

ФГКУ «111 Главный государственный центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз Министерство обороны РФ», Москва

***Аннотация:** Некоторые особенности и проблемы проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз, выявленные на основании анализа практических экспертных исследований по материалам уголовных дел, характеризуются необходимостью строгого соблюдения экспертами пределов своей компетенции, необходимостью использования сузубо научной терминологии и базовых определений.*

***Ключевые слова:** медицина, пределы экспертной компетенции, ятрогеня, комиссия судебно-медицинская экспертиза.*

SOME PROBLEMS OF CONDUCTING FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS IN CASES INVOLVING OFFENSES OF MEDICAL WORKERS

Belyaev L.V.

Federal State Institution «111 Main State Center for Forensic Medical and Forensic Examinations» of the Ministry of Defense of the Russian Federation, Moscow

***Summary:** Some features and problems of conducting commission forensic examinations identified on the basis of the analysis of practical expert research on the materials of criminal cases are characterized by the need for strict compliance by experts with the limits of their competence, the need to use purely scientific terminology and basic definitions.*

***Keywords:** medicine, limits of expert competence, iatrogeny, commission forensic medical examination.*

Несложный анализ проведенных нами за последние годы экспертиз показывает существенное увеличение той их части, которая должна разрешать вопросы следствия либо суда о качестве оказания медицинской помощи. Основой для проведенного анализа послужили 59 комиссионных экспертиз, выполненных с участием автора в период с 2005 по 2021 год по вопросам, касающимся выяснения качества оказания медицинской помощи.

Повторный характер значительной части таких экспертиз, различия в содержании экспертных выводов в разных экспертизах, проведенных по одному и тому же случаю оказания медицинской помощи, свидетельствуют о наличии определенных и очевидных проблем их проведения и

формулирования экспертных выводов.

Объективные предпосылки этих проблем содержатся, в первую очередь, в самой медицине, ее сложности, социальном характере медицинской помощи, многообразии организационных форм ее осуществления (поликлиническая, стационарная, специализированная, региональная и т.д.), необходимости обеспечения ее финансирования.

При этом перечисленные сложности медицины вполне реализуются и для судебно-медицинского эксперта.

Во-первых, в каждой экспертизе возникает необходимость выделения той части медицинской помощи, в оценке которой эксперт компетентен. Эта необходимость абсолютно однозначно определяется ст. 57 УПК РФ («Эксперт вправе ... давать заключение в пределах своей компетенции...»). На наш взгляд компетенция эксперта определена содержанием и принципами научной клинической медицины. К ним можно отнести современные представления об этиологии, патогенезе, клинических и морфологических проявлениях болезни, всё разнообразие лечения патологии, эффективность этого лечения, исходы болезни, способы восстановления пациента после заболевания, индивидуальный характер возникновения и течения болезни и воздействия на неё медицинской помощи и т.д. При этом к принципиальным моментам клинической медицины относятся принцип невозможности навредить пациенту, принцип применения лечения исключительно с согласия больного, возможность игнорирования последнего принципа только в случае возникновения по причине патологии (или травмы) угрожающего для жизни состояния.

История развития медицины, современное состояние технологического прогресса и возникновение всё новых высокотехнологичных форм лечебного воздействия на пациента, система получения медицинского образования, состояние научных положений современной медицины никак не противоречат вышеизложенной трактовке экспертной компетенции, подтверждают эту трактовку.

Во-вторых, научный характер содержания и принципов современной клинической медицины на наш взгляд очевиден. Практическую приверженность научному содержанию клинической медицины эксперт может и должен подтверждать, в том числе знанием и владением научных определений, касающихся конкретной области его судебно-медицинского исследования (экспертизы).

В-третьих, клиническая медицина неотделима от социального характера медицинской помощи, многообразия организационных форм ее осуществления (поликлиническая, стационарная, специализированная, региональная и т.д.), необходимости ее финансирования и т.д. Совершенно очевидно, что эта сторона, которую условно можно обозначить как «организационную», никак не может быть экспертной компетенцией.

Таким образом, в каждой судебно-медицинской экспертизе эксперт самостоятельно должен абсолютно точно определять пределы своей компетенции, четко различая и отделяя «организационную» составляющую в медицинской помощи от содержания и принципов научной клинической медицины, подтверждать научную обоснованность своих экспертных выводов.

Анализ проведенных нами экспертиз показывает, что понимание пределов экспертной компетенции вызывает определенные сложности. Некоторую их часть можно представить следующим образом:

А) Очевидна подмена правильного представления об экспертной компетенции представлением о том, что только комиссионный состав экспертной комиссии, с экспертами разных специальностей (например, с участием терапевта, хирурга и т.д.) формирует и делает компетентной этот комиссионный состав. В рамках этого на наш взгляд глубоко ложного понимания именно организационная форма работы эксперта (судебный медик, терапевт, хирург и т.д.) и его практические навыки определяют границы экспертной компетенции. Очевидность такого, мягко говоря «заблуждения», не требует доказательств. Принятие этого заблуждения

приводит к массе вопросов, на которые не найти ответов. Среди этих вопросов следующие: в чем компетенция судебного медика, если случай касается терапевтической (или любой иной) патологии?; кто формулирует ответы на вопросы следствия или суда? – терапевт или судебный медик?; может быть уже пора учреждения судебной медицины поменять на таковые же, но лечебных профилей?; как отвечать на подобные вопросы в судебном заседании? И таких вопросов может быть немало. Правильные представления о пределах экспертной компетенции вовсе не исключают производство экспертиз составом экспертов разных специальностей, но являются базовой опорой на правильное взаимодействие состава комиссии, выработку выводов, исключающих разночтения и особые мнения. Правильные представления о пределах экспертной компетенции подтверждают равную значимость и ответственность членов комиссии перед следствием и судом. На наш взгляд правильное представление о пределах экспертной компетенции подтверждает также и возможность исполнения сложных комиссионных экспертиз экспертной комиссией, состоящей исключительно из судебных медиков. При этом ничто не препятствует делать достаточными знания членов такой экспертной комиссии о конкретной патологии, например, через ознакомление со специальной литературой, общением с соответствующим специалистом (терапевтом, хирургом и т.д.). Более того, такая ситуация несомненно будет являться серьезным фактором, способствующим совершенствованию не только отдельных судебных медиков, но системы судебной медицины в целом.

Б) Сложное переплетение в практике использования медицинскими работниками научных положений клинической медицины и многочисленных организационных условий оказания медицинской помощи крайне затруднительно «расплести» при производстве экспертных исследований, отделить действия медиков в рамках научной клинической медицины от организационных форм этих действий и на этой основе правильно и обосновано разрешить все вопросы для следствия и суда. По нашему

мнению, эта проблема крайне серьезная, многосторонняя, присутствует практически в каждом экспертном исследовании.

В качестве иллюстрации вышеизложенного соображения можно привести следующий пример (в кратком изложении). Больному К. был установлен диагноз доброкачественной сосудистой опухоли (гемангиомы) тела 4 грудного позвонка. Было показано срочное оперативное вмешательство в виде декомпрессивной ламинэктомии ThIV, фиксации ThIII – ThV четырехвинтовой транспедикулярной системой. Срочность обоснована отнесением данной патологии к срочной соответствующим регламентирующим документом (приказом). Результатом операции стало резкое ухудшение клинико-морфологических проявлений патологии (полное сдавление спинного мозга) из-за послеоперационного кровотечения. Данная ситуация в экспертных выводах представлена следствию как недостаток медицинской помощи (ятрогения). Такое изложение было обусловлено тем, что организационной формой оказания хирургической помощи (отнесением оперативного вмешательства к срочному в соответствии с перечнем приказа) было проигнорировано положение научной клинической медицины об индивидуальном характере патологии, которое у данного пациента К. характеризовалось полным отсутствием ее проявлений как опасных для жизни. В хирургической практике, например, где воздействия на пациента практически всегда сопровождаются повреждениями тех или иных тканей по ходу операции, подобным подходом (игнорирование индивидуальных особенностей патологии в пользу организационных способов ее оценки) не сложно завуалировать «индальгенцию» на ятрогению, недооценку возможных последствий хирургического лечения.

В) Анализ проведенных нами экспертиз показывает также, что понимание проблемы научной обоснованности своих экспертных выводов имеет тоже свои сложности. В их числе одно из самых значительных – игнорирование в экспертной работе научных определений, характеризующий травму, патологию, их смертельный исход (причину смерти), причину и

следствие и т.д.

Наиболее сложным в экспертной работе является необходимость установления причинно-следственных связей. Причинно-следственные отношения в экспертной практике базируются на философских категориях диалектического материализма и научных определениях современной клинической медицины.

К наиболее важным и значимым научным определениям, позволяющими считать их вполне достаточными для подтверждения научной основы экспертных выводов при выполнении экспертиз по профессиональным нарушениям медицинских работников, можно отнести следующие определения:

- причина – это взаимодействие двух или более явлений, материальных тел (причина), в результате, которого возникает новое явление, материальное тело (следствие);

- причина смерти – основное заболевание (типа нозологической формы), которое само по себе, либо через свое осложнение явилось причиной смерти;

- недостаток оказания медицинской помощи – неверные (не соответствующие научно обоснованным взглядам на лечение конкретной патологии у конкретного пациента) действия медицинских работников, связанные с проведением диагностических процедур, различных лечебных воздействий, операций, медицинских пособий;

- механизм образования повреждения – характеристика основных структурных элементов травматического процесса;

- дефект медицинской помощи – это недостаток медицинской помощи, признанный на клинико-анатомической конференции или на комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ) и оформленный пояснительной запиской;

- ятрогения – неверные (не соответствующие научно обоснованным взглядам на лечение конкретной патологии у конкретного пациента)

действия медицинских работников, связанные с проведением диагностических процедур, различных лечебных воздействий, операций, медицинских пособий, сопровождающиеся негативным воздействием на пациента [1].

Содержание данного сообщения представляет лишь часть проблем проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам, связанным с профессиональными правонарушениями медицинских работников. Не исключено, что более глубокое их изучение может быть полезно судебно-медицинскому сообществу.

Литература

1. Старченко А.А., Тарасова О.В., Салдуева О.В. Гуженко М.Д. Карта дефектов медицинской помощи: пособие для медицинских работников и экспертов по дефектам оказания медицинской помощи.-3-е изд. доп., М., 2016..

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

к.м.н. Л.В. Беляев, к.м.н. К.В. Ноздряков

ФГКУ «111 Главный государственный центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз» Министерства обороны РФ, Москва

Аннотация: *Некоторые особенности и проблемы проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз в акушерстве и гинекологии, выявленные на основании анализа практических экспертных исследований по материалам уголовных дел, характеризуются необходимостью строгого соблюдения экспертами пределов своей компетенции, необходимостью использования сугубо научной терминологии и базовых определений.*

Ключевые слова: *Акушерство-гинекология, материнская смертность, ятрогения, комиссия судебно-медицинская экспертиза.*

FORENSIC MEDICAL EXAMINATION IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

L.V. Belyaev, K.V. Nozdryakov

Federal State Institution «111 Main State Center for Forensic Medical and Forensic Examinations» of the Ministry of Defense of the Russian Federation, Moscow

Summary: *Some features and problems of conducting commission forensic medical examinations in obstetrics and gynecology, identified on the basis of an analysis of practical expert research based on criminal cases, are characterized by the need for experts to strictly observe the limits of their competence, the need to use purely scientific terminology and basic definitions.*

Keywords: *Obstetrics and gynecology, maternal mortality, iatrogenic, commission forensic medical examination.*

Процессуальное положение судебно-медицинского эксперта, проводящего комиссионные экспертизы в связи с материнской смертью, определяет УПК РФ. При этом ст. 57 УПК РФ указывает на необходимость проведения экспертизы в пределах экспертной компетенции.

Недостатки оказания медицинской помощи в связи с материнской смертностью зачастую могут также рассматриваться медицинским сообществом на разных уровнях: клинико-анатомических конференциях, различных комиссиях МЗ РФ. Результаты этих рассмотрений могут стать доступными для родственников пациента и стать основой для их претензий.

Как показывает практика, претензии родственников, в свою очередь могут являться поводом для возбуждения уголовных дел в отношении медицинских работников.

При этом обращает на себя внимание тот факт, что выводы таких медицинских комиссий и экспертные выводы часто не соответствуют друг другу, степень их расхождения может выражаться прямыми противоречиями по тем или иным вопросам качества оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам. Эти расхождения обусловлены в основном тем обстоятельством, что экспертные исследования и выводы базируются на принципах клинической медицины, а выводы клинических комиссий нередко игнорируют эти принципы, подменяя их различными предпочтениями организационного толка. В случаях, когда недостатки оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам причиняют конкретный вред, усугубляя течение основной патологии, либо являются причиной смертельного исхода, в соответствии со статьей 196 УПК

РФ проведение экспертизы становится обязательным моментом в работе следствия и суда.

В ФГКУ «111 Главный государственный центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз МО РФ» (далее ФГКУ «111 ГГЦСМ и КЭ МО РФ») за последнее время проведено значительное количество комиссионных судебно-медицинских экспертиз патологии беременных, рожениц и родильниц, связанных с необходимостью выяснения качества оказания медицинской помощи. ФГКУ «111 ГГЦСМ и КЭ МО РФ» входит в число ведущих экспертных учреждений страны; профиль его работы – это экспертное сопровождение органов военной юстиции. Производство экспертиз, связанных с материнской смертностью, является для данного учреждения традиционным, методически освоенным; результаты экспертной работы учреждения высоко оцениваются судебно-следственными органами.

По нашим данным, в ходе экспертиз по вопросам оценки качества оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам основной патологией является гестоз. Второй по значимости патологией являются различные виды ятрогений, третье место занимает тромбоз эмболия.

Наиболее значимое место «гестоза» в этом перечне вполне соответствует его положению как наиболее распространенной патологии беременных. Второе место ятрогений может быть объяснено спецификой обстоятельств при оценке качества оказания акушерской помощи в случаях ее явных недостатков. Факт расположения ятрогений на второй позиции в списке причин материнской смертности косвенным образом указывает на справедливость претензий, предъявляемых гражданами к медицинским работникам родовспомогательных учреждений.

В существенной части случаев недостатки оказания акушерской помощи беременным, роженицам и родильницам приобретают характер, оказывающий негативное влияние на течение и исход родов. Иногда это негативное влияние приводит к смертельным исходам. Существующие в научной литературе определение понятия «ятрогения» в целом вполне

определяют суть проблемы. При производстве судебно-медицинских экспертиз к ятрогениям относят неверные (не соответствующие научно обоснованным взглядам на лечение конкретной патологии у конкретного пациента) действия медицинских работников, связанные с проведением диагностических процедур, различных лечебных воздействий, операций, медицинских пособий, сопровождающиеся негативным воздействием на пациента [1].

В части ятрогений негативные последствия могут приобретать существенное значение, вплоть до смертельного исхода. В этих случаях эксперт вправе оценивать недостаток медицинской помощи как основную патологию. Форма изложения ятрогении как основного заболевания при формулировании диагноза может быть различной: как изложение неверных действий медицинских работников; как изложение клинических последствий этих неверных действий. Это автоматически приводит к следующему последствию – смене основного заболевания в диагнозе (ятрогения становится основной патологией). Ранее существующая основная патология переводится в разряд либо сопутствующей, либо составляющей комбинированный диагноз. Главный момент – это установление прямой причинной связи между недостатками в действиях медицинских работников и наступившими негативными последствиями, то есть необходимость судебно-медицинской оценки тяжести вреда здоровью женщины, причиненного ятрогенией. Как правило, ятрогении наглядно иллюстрируют существующие недостатки здравоохранения в целом: 1) снижение профессионального уровня медицинских работников; 2) смещение приоритета принципов работы врачей с клинических к организационным; 3) коммерциализация медицины; 4) недостатки материально-технического оснащения медицинских учреждений.

Судебно-медицинской классификации ятрогений, относящихся к материнской смертности, не существует. Это объясняется относительной малочисленностью экспертных исследований по данной проблеме.

Судебно-медицинская оценка недостатков оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам сложна, в том числе по причине необходимости учета индивидуальных характеристик здоровья пациентки. Наиболее наглядно эта проблема прослеживается в случаях ятрогений со смертельными исходами при развитии анафилактического шока у пациенток на введение каких-либо лекарственных препаратов.

В таких случаях медицинское сообщество склонно придерживаться точки зрения, по которой следует, что анафилактическая реакция – это совершенно непредсказуемое явление, и по этой причине медицинский работник, применивший лекарственный препарат, на который развился анафилактический шок (как правило, смертельный), ни в чем не виноват. Причиной трагедии по данному воззрению являются особенности организма самой пациентки.

Судебно-медицинская экспертиза никак не может игнорировать наличие прямой причинной связи между действиями медицинского работника (введением лекарственного препарата) и развившимся смертельным анафилактическим шоком на введение этого препарата. В этой связи не подлежит сомнению факт грубого попрания основного клинического принципа, требующего не навредить пациенту. Попытка оправдать причинение смерти пациентки непредсказуемостью развития анафилактического шока не выдерживают критики в связи с тем, что теоретические основы механизмов развития реакции немедленного типа широко известны врачам. Не является секретом и перечень лекарственных препаратов, на которые может развиваться реакция немедленного типа, так же широко известны пути и способы, позволяющие избегать смертельного характера развития анафилактического шока.

Основными принципами производства судебно-медицинских экспертиз патологии беременных, рожениц и родильниц в случаях оказания им медицинской помощи являются: установление экспертных характеристик патологии (выделение основного заболевания, осложнения, сопутствующих

болезней); установление экспертной хронологии патогенеза основного заболевания и его осложнений; экспертное установление различных характеристик оказанной медицинской помощи (виды диагностических манипуляций, лечебных воздействий, операций, медицинских пособий и т.д.); установление хронологических характеристик оказанной медицинской помощи; судебно-медицинская оценка оказанной медицинской помощи на основе выше проведенной работы (установление недостатков медицинской помощи, причинно-следственных связей оказанной медицинской помощи и наступивших последствий, судебно-медицинская характеристика причиненного вреда здоровью и т.д.).

Данная методика позволяет ответить на любые вопросы следствия либо суда в рамках экспертной компетенции. Как правило, наиболее сложным в экспертной работе является необходимость установления различных причинно-следственных отношений. Причинно-следственные отношения в экспертной практике базируются на философских категориях диалектического материализма и научных определениях современной клинической медицины.

Судебно-медицинское толкование причины материнской смерти практически в целом не отличается от клинического, точнее патологоанатомического заключения. Различия могут быть обозначены только в том, что судебно-медицинское определение основного заболевания как причины смерти базируется в том числе и на результатах секционного исследования трупа погибшей, а также тем, что нозологическое определение основной патологии определяется не только рамками Международной классификации болезней (МКБ-10), но и главным образом судебно-медицинской оценкой патогенетических механизмов и причинно-следственных связей в развитии патологии у конкретной пациентки.

Установление экспертной хронологии патогенеза основного заболевания и его осложнений является необходимым элементом судебно-медицинской экспертизы. Обязательность установления хронологических

границ в развитии основного заболевания и его осложнений определяется необходимостью решения следственных вопросов, которые, как правило, относятся к конкретным временным периодам, интересующим следственно-судебные органы.

Экспертное установление характеристик оказанной медицинской помощи сводится к детальному её рассмотрению с целью выявления возможных недостатков, ятрогений. Достаточно часто незначительные на первый взгляд нюансы лечения могут приобретать существенно важное значение и характеризовать это лечение с негативной стороны. По нашим данным особенности диагностических манипуляций, операций, лечебных воздействий, медицинских пособий, характеризуемые судебно-медицинской экспертизой как недостаток медицинской помощи, лишь в 10% случаев фиксируются и на клиническом этапе ведения больной.

Установление хронологических характеристик оказанной медицинской помощи столь же необходимо, как и установление хронологических характеристик патогенеза основного заболевания и его осложнений.

Наиболее важной частью экспертизы является работа по решению вопроса о судебно-медицинской оценке оказанной медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам. Эта оценка должна содержать: обозначение выявленных недостатков медицинской помощи; обозначение той части из них, которые привели к негативным последствиям и таким образом стали ятрогений; оценку правильности диагностического процесса; оценку правильности, патогенетической направленности, полнообъемности лечения; правильность технического и методического исполнения диагностических манипуляций, операций, медицинских пособий; судебно-медицинскую характеристику причиненного вреда здоровью в случаях ятрогении.

Каждый случай материнской смертности в обязательном порядке исследуется патологоанатомом, разбирается на клинко-анатомических

конференциях.

В случаях ятрогений преследование медицинских работников по статьям УК РФ вполне реально. Наш анализ показывает, что материнская смертность и ятрогения в основном связаны с недостатками в теоретической подготовке врачей, отсутствием должных практических навыков в проведении операций, диагностических манипуляций, пособий. Учитывая это, повышение профессиональных качеств врачей является весьма актуальным. С другой стороны, нельзя игнорировать сложившееся в последние десятилетия несоответствие между клинической медициной (как научно-обоснованной медицинской деятельностью) и реально существующей организацией работы медицинских учреждений и медицинских работников.

Литература

1. Старченко А.А., Тарасова О.В., Салдуева О.В. Гуженко М.Д. Карта дефектов медицинской помощи: пособие для медицинских работников и экспертов по дефектам оказания медицинской помощи. -3-е изд. доп., М., 2016.

КАЧЕСТВЕННО-КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОМИССИОННЫХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ВРАЧЕБНЫМ ДЕЛАМ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В ДИНАМИКЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ТРИ ГОДА

д.м.н., доцент А.П. Божченко¹, к.м.н. О.А. Быховская², д.м.н. профессор В.Д. Исаков²

¹Кафедра судебной медицины и медицинского права ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург
²СПб ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Санкт-Петербург

Аннотация: Цель исследования – изучить динамику качественно-количественных показателей комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников на примере крупного региона. Материал исследования: годовые отчеты бюро судебно-медицинской экспертизы г. Санкт-Петербурга за 2019-2021 годы. Результаты. Установлено, что за последние три года количество судебно-медицинских экспертиз в отношении медицинских работников уменьшилось, уменьшение в основном произошло за счет экспертиз по уголовным делам. В динамике по годам положительный тренд был нарушен в 2020 и 2021 годы по направлению «инфекционные заболевания» в связи с резко возросшим количеством взаимодействий в системе «врач – пациент» на фоне пандемии новой коронавирусной инфекции и в 2021 году по высокотехнологичным направлениям медицинской помощи («онкология», «нейрохирургия» и др.). Для оценки риска возникновения у пациентов обоснованных претензий к результатам взаимодействия с системой здравоохранения предложен новый параметр – коэффициент риска врачебной специальности. На основе данного параметра врачебные специальности располагаются в следующей ряду возрастания степени риска профессиональной деятельности: терапия (0,22), педиатрия (0,32), стоматология (0,66), хирургия, включая анестезиологию-реаниматологию (1,71) и акушерство-гинекология (1,88).

Ключевые слова: врачебные дела, дефект медицинской помощи, судебно-медицинская экспертиза, унификаты медицинской помощи.

QUALITATIVE AND QUANTITATIVE INDICATORS OF COMMISSION EXAMINATIONS ON MEDICAL CASES IN ST. PETERSBURG IN DYNAMICS OVER THE PAST THREE YEARS

A.P. Bozhchenko¹, O.A. Bykhovskaya², V.D. Isacov²

¹Department of Forensic Medicine and Medical Law of the Military Medical Academy, Forensic Medicine Department, St. Petersburg

²Saint-Petersburg Bureau of Forensic Medical Expertis, St.-Petersburg

Summary: The purpose of the study is to study the dynamics of qualitative and quantitative indicators of commission forensic medical examinations in cases of professional offenses of medical workers on the example of a large region. Research material: annual reports of the Bureau of Forensic Medical Examination of St. Petersburg for 2019-2021. Results. It is established that over the past three years, the number of forensic medical examinations in relation to medical workers has decreased, the decrease was mainly due to examinations in criminal cases. In dynamics over the years, the positive trend was broken in 2020 and 2021 in the direction of «infectious diseases» due to the sharply increased number of interactions in the

«doctor – patient» system against the background of a pandemic of a new coronavirus infection and in 2021 in high-tech areas of medical care («oncology», «neurosurgery», etc.). To assess the risk of patients having reasonable claims to the results of interaction with the healthcare system, a new parameter was proposed – the risk coefficient of a medical specialty. Based on this parameter, medical specialties are located in the following series of increasing risk of professional activity: therapy (0.22), pediatrics (0.32), dentistry (0.66), surgery, including anesthesiology-resuscitation (1.71) and obstetrics-gynecology (1.88).

Keywords: *medical cases, defect of medical care, forensic medical examination, uniform medical care.*

Актуальность. Неблагоприятные последствия для здоровья и жизни человека в результате оказания (неоказания) медицинской помощи являются объектом пристального внимания, прежде всего, пациентов и медицинских работников, а также представителей страховых компаний, следственных органов, прокуратуры, общественности [1–4]. Одним из законных способов разрешения возникающих в таких случаях спорных вопросов является производство судебно-медицинской экспертизы (в рамках доследственной проверки, уголовного либо гражданского дела) [1, 4–6].

За последнее годы накоплен огромный массив данных по экспертизам данной направленности [2, 4, 6, 7]. Неоднократно представленный в научной литературе анализ такого материала имеет, к сожалению, существенные различия и не вполне согласуется между собой, что обусловлено неоднородностью исследованного материала, региональными особенностями оказания и экспертной оценки медицинской помощи [6, 8, 9]. Введение унификатов медицинской помощи (порядков, стандартов, клинических рекомендаций) лишь отчасти решает указанную проблему [3, 10, 11], поскольку подобная унификация требуется и в экспертно-правовой сфере, а она все еще не достигнута [1, 10, 12], хотя для этого предложено немало оригинальных идей [2, 4, 13].

Без внимания исследователей зачастую остаются аналитические данные, которые представляют ценность для самих медицинских работников и могут способствовать повышению уровня оказываемой населению медицинской помощи, снижению напряжения в системе «врач – пациент» по

механизму обратной связи. Особый интерес представляет влияние на исследуемую систему пандемии новой коронавирусной инфекции.

Изучение таких данных (на примере крупного региона) – составило *цель настоящего исследования*.

Материал исследования: годовые отчеты бюро судебно-медицинской экспертизы г. Санкт-Петербурга за последние три года (раздел – комиссионные экспертизы). *Методы:* группировка данных, описательная статистика, расчет удельных коэффициентов, сравнение, обобщение.

Результаты исследования. 1) Установлено, что общее количество судебно-медицинских экспертиз в отношении медицинских работников из года в год снижается. Так, если в 2019 году их было 569, в 2020 году – 466, то в 2021 году – 407. К уровню 2019 года уменьшение составило 162 экспертизы (или -28,5%), что является существенным и статистически значимым ($p < 0,05$). Примечательно, что такое уменьшение является не только абсолютным, но и относительным – по годам доля экспертиз в общей структуре комиссионных экспертиз неуклонно снижалась с 48% в 2019 году до 45% в 2020 году и 41% в 2021 году.

Указанная динамика полностью противоположна тому, что наблюдалось еще 5–10 лет тому назад, когда имел место рост абсолютного и относительного количества такого вида экспертиз [2, 6]. Предполагаем, что в обществе в последние годы произошло уравнивание между запросом на обличительное и уважительное отношение к медицинскому работнику [2, 3]. В последние два года это можно объяснить формирующимся положительным образом врача, борющегося (порой на грани свершения трудового подвига) с пандемией новой коронавирусной инфекции, что, по счастью, нередко становилось достоянием общественности.

Снижение количества комиссионных экспертиз по уголовным делам обусловлено также созданием в структуре СК РФ специальных отделов по расследованию ятрогенных преступлений, где проводят экспертизы в отношении медицинских работников, а также стремлением следствия к

назначению комиссионных экспертиз в другие регионы РФ для предупреждения «корпоративности» врачей специалистов клинического профиля.

2) Как известно, существует две основные формы выяснения споров в системе «врач – пациент» – в рамках уголовного либо гражданского судопроизводства. Доля судебно-медицинских экспертиз по уголовным либо гражданским делам отражает настрой в обществе соответственно на обвинительный, карательный подход либо попытку найти компромисс между сторонами, и является в этом смысле весьма примечательным показателем.

По нашим данным, количество судебно-медицинских экспертиз по уголовным делам из года в год неуклонно снижается. В 2019 год их было выполнено 414, в 2020 году – 313, в 2021 году – 256. К уровню 2019 года уменьшение составило 158 экспертизы (или -38,2%), что является очень существенным и статистически высоко значимым ($p < 0,01$). При этом абсолютное количество судебно-медицинских экспертиз по гражданским делам оставалось примерно равным – в пределах от 151 до 155 (соответственно в 2020 и 2019 годах), а относительное количество (на фоне снижения количества экспертиз по уголовным делам) стабильно нарастало с 27,2% в 2019 году до 32,8% в 2020 году и 37,1% в 2021 году.

В целом при положительной динамике (уменьшении количества экспертиз) нельзя не отметить по-прежнему высокий удельный вес судебно-медицинских экспертиз по уголовным делам – такой способ разрешения спора все еще остается приоритетным для граждан нашей страны. В какой-то мере это отражает желание пострадавших либо их законных представителей возложить всю тяжесть расследования и бремя доказывания вины медицинского работника (медицинской организации) на государство [1, 4], а также неуверенность при этом в собственных силах в связи с отсутствием соответствующего опыта, необходимостью материальных затрат на юридическую поддержку, производство экспертиз и прочие расходы [2, 13].

3) Обоснованность претензий граждан (и тем самым их объективный характер) наиболее точно, на наш взгляд, выражает такой показатель, как доля судебно-медицинских экспертиз с установленными дефектами медицинской помощи. В отличие от количества уголовных дел с обвинительным приговором¹ и гражданских дел с удовлетворенным иском, зависящих во многом и от других, не связанных с медицинской помощью, факторов (своевременность подачи заявления, соблюдение сроков производства по делу, компетентность адвоката и пр.) доля судебно-медицинских экспертиз с установленными дефектами медицинской помощи непосредственно отражает «качество» медицинской помощи.

Установлено, что исследуемый показатель в исследуемый период времени устойчиво уменьшался. Так, если в 2019 году экспертизы с установленными дефектами медицинской помощи составляли 66%, то в 2020 году – 64%, а в 2021 году – 59%. К уровню 2019 года уменьшение составило 135 экспертиз (или -36%), что является существенным ($p < 0,05$) и, несомненно, выражает позитивные сдвиги в системе оказания медицинской помощи населению. В какой-то мере это является еще и следствием более широкого внедрения унификатов оказания медицинской помощи и, как результат, появления стандартизованных (более объективных) «инструментов» экспертно-правовой оценки медицинской помощи.

4) С медицинской точки зрения большой интерес представляет исследование специализации медицинских работников (врачей), с работой которых связаны претензии. Очевидно, что наибольшее количество претензий ожидается в отношении врачей тех специальностей, которые в наибольшей мере связаны с риском создания опасности для жизни и (или) завышенными ожиданиями положительного эффекта от оказанной медицинской помощи. В соответствии с указанными факторами на роль

¹ По данным руководителя Следственного комитета России А.И. Баstryкина, в 2019 году было получено более 6,5 тыс. сообщений о ненадлежащем оказании медицинской помощи, по итогам предварительного рассмотрения претензий было возбуждено 2,1 тыс. уголовных дел (в 30% случаев), а в суды направлено 332 дела (15,8% от количества возбужденных дел или 5% от исходного количества претензий).

наиболее «неблагодарных» врачебных специальностей попадают акушерство и гинекология (16,7% от всех претензий), хирургия (15,1%), онкология (8,2%), стоматология (7,2%) и травматология (7,1%). При этом в более выигрышном положении оказываются терапия (5,5%), педиатрия (4,9%), нейрохирургия (3,7%), скорая помощь (3,3%) и анестезиология и реаниматология (2,4%).

Однако, на наш взгляд, более точный результат может быть получен, если учитывать количество врачей той или иной специальности и количество взаимодействий врачей с пациентами. Второй фактор трудно определяем [2], но первый вполне может быть учтен [14]. Предлагаем вычислять коэффициент риска врачебной специальности (КР) по следующей оригинальной формуле:

$$\text{КР} = \text{УГ} / \text{ВС},$$

где УГ – доля претензий к врачам данной специальности по материалам проверок, уголовным и гражданским делам (%), а ВС – доля врачей анализируемой специальности среди врачей всех специальностей (%).

На основе анализа доступных статистических данных установлено, что в нашей стране доля врачей (ВС) терапевтического профиля 24,6%, хирургического (включая анестезиологов-реаниматологов) – 10,6%, акушеров-гинекологов – 6,2%, стоматологов – 8,9%, педиатров – 8,7% [14]. По нашим собственным данным, на каждую группу врачебных специальностей приходится соответственно 5,5%, 28,4%, 16,7%, 7,2% и 4,9% претензий (УГ). Отсюда коэффициент риска (КР) для врачей терапевтического профиля 0,22, хирургического (включая анестезиологов-реаниматологов) – 2,67, акушеров-гинекологов – 2,68, стоматологов – 0,81, педиатров – 0,57. Сравнение данного показателя показывает широкий диапазон его вариаций – от 0,22 до 2,68 (12-кратное различие).

В динамике по годам по большинству врачебных специальностей наблюдалось устойчивое снижение абсолютного количества претензий, что соответствует общей выше обозначенной тенденции. Вместе с этим, по ряду

специальностей положительный тренд был нарушен, причем исключительно в 2021 году – по травматологии, стоматологии, онкологии и нейрохирургии, а также по инфекционным болезням (в 2020 и 2021 годы). Суммарно (исключая инфекционные болезни) претензий по ним стало больше на 16 (+14,7%), а по инфекционным болезням – на 23 (+48%). Ближайшим объяснением может стать негативное влияние пандемии новой коронавирусной инфекции на «качество» медицинской помощи, выражающееся в его снижении, прежде всего, в области высокотехнологичных видов медицинской помощи (по причине уменьшения интенсивности потока узкопрофильных больных и переориентации финансирования медицинских организаций в связи с новыми резко возросшими потребностями в лечении инфекционных больных). Рост претензий по инфекционным болезням обусловлен многократным возрастанием количества таких больных в 2020-2021 годы.

5) Немаловажным является еще один параметр – доля подтвержденных претензий по отдельным врачебным специальностям. Данный параметр отражает «естественную защищенность» врачей, следующую из особенностей самой врачебной специальности: плановости или срочности оказываемой медицинской помощи, степени воздействия на здоровье человека (с риском для жизни или без), сложности и технологичности медицинских вмешательств, возможности информирования пациента о достижимости ожидаемого результата и его наглядности (очевидности).

Как нами установлено, в рассматриваемом контексте наиболее «защищенные» такие врачебные специальности, как скорая помощь (52,1% подтвержденных претензий по факту установления дефектов оказания медицинской помощи), нейрохирургия (55,6%) и педиатрия (55,7%). Наименее – стоматология (81,7%), акушерство и гинекология (70,1%) и хирургия (67,0%).

Используя долю подтверждаемых претензий (ПП), можно получить скорректированный коэффициент риска врачебной специальности (КР^в) по

следующей формуле:

$$КР' = КР \times ПП,$$

где КР – коэффициент риска врачебной специальности, а ПП – доля подтвержденных претензий.

В таком случае скорректированный коэффициент риска (КР') для врачей терапевтического профиля равен 0,15, хирургического (включая анестезиологов-реаниматологов) – 1,71, акушеров-гинекологов – 1,88, стоматологов – 0,66, педиатров – 0,32.

Заключение. Общее количество судебно-медицинских экспертиз в отношении медицинских работников в последние годы стало снижаться, причем такое снижение в основном произошло за счет уменьшения количества экспертиз по уголовным делам, что отражает происходящие в обществе изменения в сторону позитивного отношения к профессии врача и медицинского работника в целом. Во многом это обусловлено образом «врача-спасателя», формирующимся в условиях распространения новой коронавирусной инфекции. Положительный эффект связан также с введением унификатов медицинской помощи, объективно фиксируемым уменьшением количества дефектов медицинской помощи и постепенной стандартизацией системы экспертно-правовой оценки медицинской помощи.

В динамике по годам положительный тренд был нарушен в 2020 и 2021 годы по направлению «инфекционные заболевания» в связи с резко возросшим количеством взаимодействий в системе «врач – пациент» на фоне пандемии и в 2021 году по высокотехнологичным направлениям медицинской помощи – по причине уменьшения интенсивности потока узкопрофильных больных и переориентации финансирования медицинских организаций на лечение инфекционных больных.

Для оценки риска возникновения у пациентов обоснованных претензий к результатам взаимодействия с системой здравоохранения предложен новый параметр – коэффициент риска врачебной специальности, представляющий собой отношение доли претензий к врачам данной специальности к доле

врачей данной специальности умноженное на долю подтверждаемых претензий (по факту обнаружения дефектов оказания медицинской помощи). На основе данного параметра врачебные специальности располагаются в следующей ряду возрастания степени риска профессиональной деятельности: терапия, педиатрия, стоматология, хирургия (включая анестезиологию-реаниматологию) и акушерство-гинекология.

Литература

1. Бастрыкин А.И. Противодействия преступлениям, совершаемым медицинскими работниками: проблемы и пути их решения. Вестник Академии следственного комитета Российской Федерации. 2017; 1:11–14.
2. Божченко А.П. Профессионально-должностные преступления медицинских работников: статистика и сравнительный анализ. Медицинское право. 2020; 2:17–23.
3. Семина Т.В., Клевно В.А., Гусев А.Ю., Веселкина О.В. Уголовная ответственность врача в современной России: монография / под общ. ред. Т.В. Семиной. М.: Проспект, 2021; 352.
4. Стешич Е.С. Теоретические и методологические основы криминологического исследования преступлений, связанных с причинением смерти: Автореф. дисс. ... д-ра юр. наук. Р-н/Д, 2019; 43.
5. Божченко А.П., Исмаилов М.Т., Никитин И.М. Состав преступления как фактор, определяющий подлежащие доказыванию обстоятельства и предмет судебно-медицинской экспертизы по делам о правонарушениях медицинских работников. Медицинское право. 2018; 2:7–11.
6. Быховская О.А., Филатов И.А. Анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам в отношении медицинских работников. Судебно-медицинская экспертиза. 2018; 5:18–20.
7. Горбачев В.И., Козлов А.И., Нетесин Е.С., Ершова Ю.В., Протопопова Н.В., Горбачева С.М. Уголовные дела против врачей – акушеров-гинекологов за последние пять лет по ч. 2 ст. 109 УК РФ. Медицинское право. 2021; 1:29–36.
8. Вакуленко И.В., Джувалыков Г.П., Джувалыков П.Г., Баринев Е.Х. Анализ дефектов оказания медицинской помощи населению. Судебная медицина: вопросы, проблемы, экспертная практика. Новосибирск. 2017; 3:36–41.
9. Иктин И.В. Актуальные аспекты ятрогенных преступлений на европейском севере России. История Российского центра судебно-медицинской экспертизы в лицах и фактах, к 85-летию со дня образования: Труды Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Воронеж: «Издат-Принт» 2017; 2:109–115.
10. Божченко А.П. Предпосылки расхождения клинического и патоморфологического диагнозов. Медицинское право. 2019; 1:9–16.
11. Лобан И.Е., Исаков В.Д. О понятиях ятрогенности и дефекта медицинской помощи. Уголовная ответственность медицинских работников: мат. Всеросс. научн.-практ. круглого стола. СПб, 2017; 101–105.

12. Повзун С.А., Повзун А.С. Оценка качества медицинской помощи в случаях летальных исходов: трудности объективные и субъективные. Медицинское право. 2018; 3:13–16.

13. Сергеев Ю.Д., Козлов С.В. Концепция совершенствования судебно-медицинской экспертизы неблагоприятных последствий оказания медицинской помощи. Медицинское право. 2018; 4:3–8.

14. Численность врачей в России по специальностям по годам. <https://infotables.ru/statistika/72-obrazovanie-i-zdravookhranenie-v-rossii> (дата обращения: 27.01.2022).

К ВОПРОСУ О МЕСТЕ И РОЛИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ДЕЛАМ О ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЯХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: ПРОБЛЕМЫ ИСТИННЫЕ И МНИМЫЕ

д.м.н., доцент А.П. Божченко, д.м.н., профессор И.А. Толмачев

Кафедра судебной медицины и медицинского права Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова Минобороны России, Санкт-Петербург

Аннотация: Статья посвящена рассмотрению ряда наиболее актуальных вопросов производства судебно-медицинской экспертизы по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников. На основе краткого экскурса в учебную и научную литературу, а также в судебно-медицинскую экспертную практику констатируется завышенное внимание в экспертном сообществе к проблемам экспертной оценки неблагоприятных последствий медицинской деятельности. Анализируются причины данного явления. Показано, что корни его уходят в особенности отечественного законодательства в различные периоды развития государства. Рассматриваются преимущества, связанные с появлением системы негосударственных экспертов. Проводится граница между судебно-медицинской экспертизой и экспертизой качества медицинской помощи. Обращается внимание на ключевое значение в экспертизах по врачебным делам вида устанавливаемой причинно-следственной связи и необходимость ее доказывания. Подчеркивается важность единообразия, используемого во врачебном сообществе понятийного аппарата (медицинская ошибка, дефект медицинской помощи и пр.). Высказывается мнение о необходимости достижения консенсуса по ключевым вопросам производства судебно-медицинской экспертизы по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников. Намечены пути достижения такого консенсуса.

Ключевые слова: врачебные дела, дефект медицинской помощи, консенсус, причинно-следственная связь, судебно-медицинская экспертиза, экспертиза качества медицинской помощи, ятрогения.

**ON THE QUESTION OF THE PLACE AND ROLE OF FORENSIC
MEDICAL EXAMINATION IN CASES OF PROFESSIONAL OFFENSES
OF MEDICAL WORKERS: TRUE AND FALSE PROBLEMS**

A.P. Bozhchenko, I.A. Tolmachev
Department of Forensic Medicine and Medical Law of the Military Medical Academy,
Forensic Medicine Department, St. Petersburg

Summary: *The article is devoted to the consideration of a number of the most pressing issues of the production of forensic medical examination in cases of professional offenses of medical workers. On the basis of a brief excursion into the educational and scientific literature, as well as into forensic expert practice, the overestimated attention in the expert community to the problems of expert assessment of the adverse consequences of medical activity is stated. The causes of this phenomenon are analyzed. It is shown that its roots go back to the peculiarities of domestic legislation in various periods of the development of the state. The advantages associated with the emergence of a system of non-governmental experts are considered. A boundary is drawn between forensic medical examination and examination of the quality of medical care. Attention is drawn to the key importance in medical examinations of the type of established causal relationship and its evidence. The importance of uniformity of the conceptual apparatus used in the medical community (medical error, defect of medical care, etc.) is emphasized. The opinion is expressed on the need to reach consensus on the key issues of forensic medical examination in cases of professional offenses of medical workers. Ways to achieve such a consensus have been outlined.*

Keywords: *medical affairs, defect of medical care, consensus, causal relationship, forensic medical examination, examination of the quality of medical care, iatrogeny.*

Актуальность. В структуре судебной медицины как специальной медицинской дисциплины, изучающей и решающей вопросы медико-биологического характера, которые возникают у правоохранительных органов в процессе расследования и судебного рассмотрения уголовных и гражданских дел, профессиональные правонарушения медицинских работников занимают ... скромное место. Именно так. Например, в руководстве для врачей под редакцией А.А. Матышева этому вопросу уделено внимание всего лишь на 16 страницах из 544 [1], что составляет 2,9%, из них 3,5 страницы посвящены истории вопроса, а на 10,5 страницах раскрывается содержание статей уголовного кодекса, предусматривающих ответственность медицинских работников, и лишь на оставшихся 2 страницах (0,4%) идет речь об особенностях производства экспертиз. Кардинально ситуация не отличается и в более современных руководствах. Так, в национальном руководстве под редакцией Ю.И. Пиголкина неблагоприятным последствиям медицинской помощи уделено внимание всего лишь на 5 страницах из 728 [2], что составляет 0,7%, из которых только 2 страницы (0,3%) посвящено экспертной оценке «неблагоприятных исходов

лечения».

Если обратиться к экспертному материалу, то увидим, что и здесь ситуация очень схожая. Так, в СПб ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» в 2020 году было выполнено, не считая экспертиз и исследований по направлению работы лабораторных отделений, 24 243 экспертизы (и обследования) живых лиц, 29 187 экспертиз (и исследований) трупов и еще 1 043 сложных экспертизы. Суммарно – 54 473. Из них экспертиз по врачебным делам – 466, что составило 0,9% от общего количества экспертиз (и исследований). Обращает на себя внимание и тот факт, что в годовом отчете врача судебно-медицинского эксперта (форма № 42 [3]) такого рода экспертизы даже не имеют специально выделенной рубрики и обозначаются как «Прочие».

В профильном журнале «Судебно-медицинская экспертиза» за 2021 год было опубликовано 83 статьи, из которых только 4 статьи (4,8%) имели отношение к врачебным делам. Для сравнения, еще в 2001 году из 25 статей, представленных в базе данных РИНЦ [4], не было ни одной статьи, посвященной этому вопросу. Но уже в 2011 году из 92 опубликованных статей было 5 статей на эту тему (5,4%) и еще 3 имели к рассматриваемой теме косвенное отношение (суммарно 8,7%).

За последние 10 лет, судя по сведениям, представленным в базе данных РИНЦ [5], при включении расширенного поиска по таким ключевым словам, как «диссертации» и «судебная медицина», из 130 обнаруженных источников (диссертаций) 15 (11,5%) оказались посвященными судебно-медицинской оценке неблагоприятных исходов при оказании медицинской помощи.

Сопоставляя все эти данные, нетрудно убедиться в том, что профессиональные правонарушения медицинских работников вызывают в большей мере научный интерес. В практической (экспертной) плоскости их удельный вес намного (практически на порядок) меньше – уровень представленности соответственно 11,5% и 0,9%. Тем не менее, ни у кого не вызывает сомнения актуальность этого направления в судебной медицине и

судебно-медицинской экспертизе – она громко заявляет о себе, имея своеобразную «добавленную стоимость» почти в 10,5%. На наш взгляд, это связано с тем, что профессиональные правонарушения медицинских работников так же неприемлемы в обществе, как и самые тяжкие преступления, в силу особой специфики этого вида профессиональной деятельности, заключающейся в исходно очень высоком уровне доверия к врачу со стороны пациента.

Однако нельзя не обратить внимание и на то, что еще 20-30 лет назад эта проблема не была настолько серьезной и всеобъемлющей. Чтобы разобраться в корнях произошедшей трансформации, следует обратить внимание на то, что именно изменилось за это время. А изменилось, прежде всего, уголовное и гражданское законодательство, а также законодательство в сфере охраны здоровья, впервые напрямую затронув вопросы правонарушений в области профессиональной деятельности и расширив перечень видов медицинских экспертиз.

Так, в ныне действующем УК РФ от 1996 года [6] в сравнении с предыдущим УК РСФСР от 1960 года [7] помимо многих сходных статей появился целый ряд принципиально новых. Например, вместо ст. 106 «Неосторожное убийство», которая редко применялась по отношению к медицинским работникам, появилась ст. 109 «Причинение смерти по неосторожности», в которой прямо предусмотрен состав преступления, заключающийся в ненадлежащем исполнении лицом своих профессиональных обязанностей, и эта статья применяется, как известно, по отношению к медицинским работникам сравнительно часто. Дело в том, что уровень общественной опасности, заложенный в примененных терминах – «убийство» и «причинение смерти» – разительно отличается и ощущается на субъективном уровне всеми участниками процесса. Субъективное снижение степени опасности тем не менее не выражается в соответствующем снижении уголовной ответственности за совершенное преступление – в обоих вариантах возможно лишение свободы до трех лет, как максимальная мера

наказания, более того, новый уголовный закон предусматривает причинение смерти двум и более лицам, и в этом случае предусмотрено наказание в виде лишения свободы до четырех лет (например, в случае смерти матери и ребенка при родах).

Вместе с этим «Неоказание помощи больному» из преступления с формальным составом стало преступлением с материальным составом (соответственно ст. 128 УК РСФСР и ст. 124 УК РФ) – если раньше медицинский работник нес уголовную ответственность по самому факту неоказания помощи больному, то в настоящее время – только при условии, что это повлекло причинение средней тяжести либо тяжкого вреда здоровью.

Еще одним немаловажным фактором является нелицеприятная особенность судебного процесса, существовавшего ранее в нашей стране, к счастью, ликвидированная. Согласно ч. 1 ст. 20 УПК РСФСР от 1960 года [8] уголовным законом не признавался один из основополагающих принципов судопроизводства – принцип состязательности. Вместо этого, а не наряду с этим, как это должно было быть, во главу угла ставилось адресованное правоохранительным органам и суду требование всестороннего, полного и объективного исследования обстоятельств дела. Принцип состязательности появился (точнее, вернулся в судебную систему) лишь в 2001 году с включением в УПК РФ одноименной ст. 15 «Состязательность сторон» [9].

В условиях состязательности судебного процесса изменение составов сходных видов преступлений, появление новых видов преступлений, появление нового перечня обстоятельств, исключających или смягчающих вину (например, таких как «Обоснованный риск» и «Производство, хранение или перевозка в целях сбыта либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности» – соответственно ст. 41 и ст. 238 УК РФ) требовало от судебно-медицинских экспертов своевременного реагирования, как минимум, в части использования права экспертной инициативы, обоснования экспертных выводов, причем не формального, а по существу. Неготовность экспертов

аргументированно отстаивать свою позицию стала особенно заметной по мере смены поколений юристов, что, собственно, и создало описанную выше проблему не сразу после принятия новых законов (в 1996 и 2001 году), а, как нами показано выше, отсрочено – с задержкой примерно в 10–15 лет.

Позже сложившаяся ситуация стала существовать сама по себе, по своим внутренним законам, «обрастая» все новыми и новыми подробностями и «проблемами». Между тем, эксперту, как и ранее, приходится решать по существу одни и те же узкопрофессиональные задачи – устанавливать причину смерти (1), тяжесть причиненного здоровью вреда (2), дефекты оказания медицинской помощи (3) и причинную связь между ними и неблагоприятными последствиями для здоровья и жизни (4).

Как это ни странно, многочисленная литература по экспертной оценке «неблагоприятных исходов лечения» мало приблизила экспертное сообщество к решению обозначенной «проблемы», усложняя ее решение и внося порою путаницу там, где была ясность. Неслучайно, несмотря на то, что количество публикаций нарастает, ежегодно проводятся тематические форумы, направленные на «живой» обмен мнений, сформировалась новая отрасль права – «медицинское право», появилась новая дисциплина – «экспертология», а кафедры судебной медицины стали переименовываться с приставками типа «и медицинского права» или «с курсом правоведения», судебно-медицинские эксперты в решении практических (экспертных) задач все чаще обращаются к азам и первоисточника [10, 11], а вместе с этим и к сути своих узкопрофессиональных задач, что является естественной реакцией на такое довольно сложное развитие событий, в ряде случаев, пусть и не явно, выводящее эксперта за границы его компетенции.

Рассуждения о том, быть или не быть негосударственным судебно-медицинским экспертам в складывающейся системе экспертного содействия в установлении обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу, не имеют прямого отношения к обозначенным выше четырем основным судебно-медицинским экспертным задачам и уводят судебно-

медицинское сообщество в сторону от решения более насущных вопросов. Наличие негосударственных экспертов обеспечивает соблюдение важнейших принципов независимости эксперта и состязательности сторон, что уже само по себе перевешивает все другие возможные (часто надуманные) связанные с институтом негосударственных экспертов изъяны (недостаток опыта работы по специальности, обучение в малоизвестных образовательных организациях и пр.). В этой связи можно добавить лишь то, что только небольшой ряд экспертиз, в силу особой государственной важности, может проводиться исключительно в государственных экспертных учреждениях (например, экспертизы наркотических средств, экспертизы взрывчатых веществ и т.п.).

Еще один пример – ничего общего с судебно-медицинской экспертизой не имеющие рассуждения об альтернативных видах медицинских экспертиз, указанных в Законе об охране здоровья [12], например, об экспертизе качества медицинской помощи. Экспертиза качества медицинской помощи не является судебной, она решает свои задачи [13]. Это, однако, не мешает использовать такую экспертизу (точнее, ее результаты) в процессе производства судебно-медицинской экспертизы, наряду с другими материалами дела, такими как акты проверки органов государственного контроля (надзора), протоколы комиссии по изучению летальных исходов, рецензии истории болезни и пр. С другой стороны, судебно-медицинская экспертиза, назначаемая в случаях расследования профессиональных правонарушений медицинских работников, не должна, оставаясь по форме судебно-медицинской, по сути превращаться в экспертизу качества медицинской помощи, к чему подталкивают события последних лет. Эти две экспертизы отличаются и на уровне законодательства, определяющего их цели и задачи, и на уровне нормативного правового регулирования – соответственно Порядок организации и производства судебно-медицинских экспертиз и Порядок осуществления экспертизы качества медицинской помощи [14, 15].

Уклон даже в сторону только лишь подобия экспертизы качества

медицинской помощи чреват тем, что судебно-медицинский эксперт, как процессуальное лицо, из уникального носителя специальных знаний, авторитета в своей области, невольно превращается в статиста, выполняющего формальную задачу по сопоставлению истории болезни с унификатами оказания медицинской помощи (порядками, стандартами и пр.). Не отрицая важность таких унификатов, заметим, что на их основе возможна оценка медицинской помощи, оказанной в связи с установленным диагнозом. Между тем, главный принцип медицины – лечение больного, а не болезни. Соответственно для оценки правильности лечения больного нужно учитывать все многообразие воздействующих на здоровье человека факторов, что возможно только при комплексном и, хотим мы того или нет, личностном (субъективном) подходе. Личность судебно-медицинского эксперта, как процессуального лица, всегда была и будет определяющей – опыт, знания, квалификация индивидуальны, неповторимы и трудно стандартизированы и именно они представляют ценность. Именно поэтому стороны всегда стремились и стремятся (имеют на то вправо) при назначении экспертизы выбирать экспертов (не нарушая принципа независимости).

Означает ли это, что экспертам не требуется унификация в части терминологии, методики производства экспертизы? – Конечно нет. Все это необходимо. Например, если мы говорим о дефектах медицинской помощи, то всем надо понимать примерно одно и то же. Между тем, в этом, казалось бы простом вопросе, единства нет – трудно учесть все смысловые нюансы используемых для обозначения недостатков в процесс оказания медицинской помощи терминов: дефект, ошибка, ятрогения и пр. Но нельзя при этом оказываться на кардинально различающихся позициях, например, одной части экспертов считать, что дефект – это недостаток медицинской помощи [16], а другой, что дефект – это недостаток медицинской помощи, находящийся в причинной связи с неблагоприятным исходом [17]. Нужна договоренность, пусть даже она будет не идеальная, а рабочая. Мы, к слову, полагаем, что увязывать недостаток медицинской помощи с его влиянием на

исход в одном понятии (и соответствующем термине) не следует – дефект по степени влияния на исход может быть без влияния, с небольшим влиянием и с определяющим влиянием.

Разумеется, после достижения консенсуса должна произойти коррекция нормативных правовых актов, определяющих порядок производства судебно-медицинской экспертизы в целом и по ее отдельным направлениям – здесь мы имеем в виду, прежде всего, Правила и Медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека [18, 19]. В них помимо дефекта медицинской помощи унификации требует понятие причинно-следственной связи. Так, в п. 25 Медицинских критериев записано, что «ухудшение состояния здоровья, обусловленное дефектом оказания медицинской помощи, рассматривается как причинение вреда здоровью». Но условие не вызывает следствие и не является его причиной. Оно лишь придает следствию ту или иную окраску – ускоряет, утяжеляет и т.п. Примеров, когда причинно-следственная связь выражается в Медицинских критериях по-разному, к сожалению, можно привести немало. При этом это не рядовой документ – это нормативный правовой акт.

Без достижения консенсуса затруднительна не только коррекция нормативных правовых актов, но и профессиональная подготовка врачей – судебно-медицинских экспертов для работы по производству комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам, связанным с профессиональными правонарушениями медицинских работников. Возникающие в этой связи «авторские» циклы таят опасность быть не только радикально различающимися в способах решения одних и тех же задач, что, впрочем, неплохо, поскольку в полифонии мнений, положенной на конкурентную борьбу в состязательном процессе, только и возможно рождении лучшего из них, но и оказаться маргинальными по конечному результату, если это будет приводить на скамью подсудимых невиновных и уводить от наказания виновных.

Ключевой вопрос в этой связи – это вопрос о причинно-следственной связи. Чтобы убедиться в том, что решение данного вопроса входит в компетенцию судебно-медицинского эксперта и перестать спорить на этот счет, достаточно вспомнить, что в ст. 58 Закона об охране здоровья [12] указано, что медицинская экспертиза, включая судебно-медицинскую экспертизу, направлена на «установление причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина».

При решении данного вопроса эксперты допускают, по меньшей мере, пять групп наиболее распространенных ошибок: подмена причинной связи иными видами связей; смешение прямой и непрямой причинной связи; отсутствие или неправильное обоснование причинной связи; излишнее стремление к категоричности суждений, когда должен следовать вывод в условной или вероятной форме; выход эксперта за пределы компетенции [20]. Наиболее существенная ошибка касается вида связи. По нашему глубокому убеждению, простая констатация вида причинно-следственной связи не достаточна для правильного понимания мнения экспертов о влиянии дефектов медицинской помощи на наступление неблагоприятного исхода – эксперт должен раскрывать механизм этой связи и указывать ее характеристики, стремясь быть правильно и однозначно понятым.

На наш взгляд, консенсус по этим и многим другим важным для судебно-медицинских экспертов вопросам не следует пытаться достигнуть на основе продолжения или инициации новых научных изысканий (их проведено более чем достаточно, и все возможные мнения уже высказаны) – для этого требуется осознание сути проблемы (что, опять-таки, уже давно произошло), выработка принципов достижения компромисса (например, на основе компетентного мнения большинства, устраняющего существенные противоречия, при отсутствии принципиальных возражений меньшинства) и, наконец, практическое достижение согласия (например, на съезде или ином представительном форуме).

Литература

1. Судебная медицина: руководство для врачей / под ред. А.А. Матышева. 3-е изд. СПб.: Гиппократ. 1998; 544.
2. Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза: национальное руководство / под ред. Ю.И. Пиголкина. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2014; 728.
3. Приказ Минздрава России N 385 от 22.10.2001 «Форма № 42. Отчет врача судебно-медицинского эксперта бюро судебно-медицинской экспертизы».
4. https://www.elibrary.ru/title_items.asp (дата обращения: 28.01.2022).
5. https://www.elibrary.ru/query_results.asp?pagenum=2 (дата обращения: 28.01.2022).
6. Федеральный закон от 13.06.1996 № 64-ФЗ «О введении в действие Уголовного кодекса Российской Федерации» // СОБРАНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ от 17.06.1996. № 25. ст. 2955.
7. Закон РСФСР от 27.10.1960 «Об утверждении Уголовного кодекса РСФСР» // Ведомости Верховного Совета РСФСР от 31.10.1960. № 40. ст. 59.
8. Уголовно-процессуальный кодекс РСФСР (утв. ВС РСФСР 27.10.1960) (ред. от 29.12.2001, с изм. от 26.11.2002) (с изм. и доп., вступающими в силу с 01.07.2002).
9. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 N 174-ФЗ (ред. от 30.12.2021).
10. Вермель И.Г. О логических ошибках в судебно-медицинских заключениях // Судебно-медицинская экспертиза. М., 1967; 1:26-30;
11. Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине. М.: Медгиз. 1962; 176.
12. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ (последняя редакция).
13. Божченко А.П. Особенности экспертизы качества медицинской помощи и судебно-медицинской экспертизы по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников // Медицинское право. 2016; 6:20-23.
14. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12.05.2010 N 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».
15. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 16.05.2017 N 226н «Об утверждении Порядка осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании».
16. Лобан И.Е., Исаков В.Д. О понятиях ятрогения и дефект медицинской помощи // Уголовная ответственность медицинских работников: мат. Всеросс. научн.-практ. круглого стола. СПб, 2017; 101-105.
17. Семина Т.В., Клевно В.А., Гусев А.Ю., Веселкина О.В. Уголовная ответственность врача в современной России: монография / под обще. ред. Т.В. Семиной. М.: Проспект. 2021; 352.
18. Постановление Правительства Российской Федерации от 16.10.2000 N 789 «Об утверждении Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

19. Постановление Правительства РФ от 17.08.2007 N 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (с изменениями и дополнениями от 24.03 и 17.11.2011).

20. Божченко А.П. Проблемы и недостатки экспертного установления причинной связи // Медицинское право. 2020; 4:44-49.

ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЭКСПЕРТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СО СЛЕДСТВЕННЫМИ ОРГАНАМИ ПО ДЕЛАМ О ПРИЧИНЕНИИ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТУ

к.м.н. А.В. Борисов, к.м.н. Д.М. Налётова

Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Воронежское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», Воронеж

Аннотация: В настоящее время отмечается недостаточная эффективность производства судебно-медицинских экспертиз по делам о причинении медицинскими работниками вреда здоровью пациенту.

Целью работы явился анализ практической следственной и судебно-медицинской деятельности, связанной с назначением, производством и оценкой судебно-медицинской экспертизы по делам о причинении медицинскими работниками вреда здоровью пациенту.

Для достижения цели был использован комплексный подход, основанный на применении совокупности теоретических и эмпирических методов, включая организационное моделирование, метод экспертного анализа и анкетирование.

По результатам исследования установлено, что эффективность производства экспертиз предопределяется преимущественно начальными этапами взаимодействия экспертного учреждения с правоохранительными органами.

Проведенный анализ позволил предложить организационные мероприятия по повышению эффективности производства экспертиз по делам о причинении медицинскими работниками вреда здоровью.

Привлечение специалиста в области судебной медицины для проведения исследования в рамках доследственной проверки позволяет максимально целесообразно организовать и спланировать, как первоначальный этап проверочных мероприятий, так и повысить эффективность последующей судебно-медицинской экспертизы.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, специалист, следственная практика, «медицинские дела», экспертная оценка, уголовное судопроизводство.

ORGANIZATIONAL AND FUNCTIONAL MODEL OF INTERACTION OF AN EXPERT INSTITUTION WITH LAW ENFORCEMENT AGENCIES ON CAUSING HEALTH CARE WORKERS IN PATIENT

A.V. Borisov, D.M. Nalyotova

Budget healthcare institution of the Voronezh region «Voronezh regional Bureau of Forensic Medical Expertise», Voronezh

Summary: Currently, there is insufficient efficiency in the production of forensic examinations in cases of medical workers causing harm to the patient's health.

The purpose of the work was to analyze practical investigative and forensic medical activities related to the appointment, production and evaluation of forensic medical expertise in cases of medical workers causing harm to the patient's health.

To achieve the goal, an integrated approach was used, based on the application of a set of theoretical and empirical methods, including organizational modeling, the method of expert analysis and questionnaire.

According to the results of the study, it was established that the effectiveness of the production of examinations is predetermined mainly by the initial stages of interaction of the expert institution with law enforcement agencies.

The analysis made it possible to propose organizational measures to increase the efficiency of the production of examinations in cases of medical workers causing harm to health.

The involvement of a specialist in the field of forensic medicine to conduct a study as part of a pre-investigation audit makes it possible to organize and plan both the initial stage of verification measures and to increase the effectiveness of subsequent forensic medical examination.

Keywords: forensic medical examination, specialist, investigative practice, «medical cases», expert assessment, criminal proceedings.

Актуальность

Обеспокоенность следственных органов и широкой общественности недостатками в правовой регламентации и организационном обеспечении экспертной деятельности послужила побудительным мотивом для старта целого ряда нормативных и правовых изменений федерального уровня.

Преобразования в сфере судебно-медицинской службы нашли свое отражение в современной модели «Организации и производства судебно-медицинских экспертиз в Российской Федерации» (далее – Современная модель), закрепляющей в качестве организационной новеллы 4 уровня производства судебно-медицинских экспертиз и маршрутизацию их назначения [1].

Представляется очевидным, что проблема сокращения сроков производства экспертиз по «медицинским делам» и повышения эффективности использования ограниченных ресурсов не может быть решена предложенной Современной моделью, поскольку планируемые организационные мероприятия имеют иную направленность.

Наряду с этим, не является тайной наглядная мотивация следователей на недопущение конфликтной ситуации с заявителем или потерпевшим по

каким-либо вопросам, в силу чего последние активно берут в свои руки инициативу, как по форме проведения проверочных мероприятий, так и по постановке вопросов на экспертное разрешение.

Как результат подобной повсеместной практики при назначении судебно-медицинских экспертиз в уголовном судопроизводстве помимо стойкого увеличения количества экспертиз по одному материалу, наблюдается постановка для разрешения внушительного перечня вопросов фактически, подразумевающего расширенную экспертную оценку не столько по преступлениям, предусмотренным Уголовным Кодексом Российской Федерации, сколько по иным правонарушениям.

Научно-обоснованные методологические принципы производства экспертиз в уголовном судопроизводстве предложены для судебно-медицинской практики достаточно давно [2–6].

Вместе с тем представляется актуальным исследовать проблемные вопросы взаимодействия регионального экспертного учреждения и следственных органов для дальнейшего совершенствования данного направления.

Целью работы явился анализ практической следственной и судебно-медицинской деятельности, связанной с назначением и производством судебно-медицинской экспертизы по делам о причинении медицинскими работниками вреда здоровью пациенту.

Материалом исследования послужили законодательные и нормативные правовые документы Российской Федерации, регулирующие экспертную деятельность, научные публикации, литературные источники и методические рекомендации по избранной тематике, архивный материал бюджетного учреждения здравоохранения Воронежской области «Воронежское областное бюро судебно-медицинской экспертизы» («Заключения эксперта» за 2015 – 2021 годы в количестве 761), материалы доследственной проверки и уголовных дел по фактам ненадлежащего исполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей (в

количестве 472 и 124 дел соответственно), архивные материалы, связанные с рассмотрением обращений лиц, выступающих в качестве сторон и их представителей, рассмотренных в БУЗ ВО «Воронежское областное бюро СМЭ» в период с 2015 по 2021 годы, опросные листы сотрудников правоохранительных органов.

Для достижения цели был использован комплексный подход, основанный на применении совокупности теоретических и эмпирических методов, включая организационное моделирование, метод экспертного анализа и анкетирование. Полученные данные обрабатывались методами описательной статистики.

При формулировании выводов авторами принимался во внимание свой десятилетний опыт работы в качестве организаторов производства судебно-медицинских экспертиз в государственном судебно-экспертном учреждении.

Результаты и их обсуждение

В отделе особо сложных (комиссионных) судебно-медицинских экспертиз БУЗ ВО «Воронежское областное бюро СМЭ» за период 2015–2021 годы была выполнена 761 экспертиза по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников.

Интерес представляет относительно стабильное соотношение экспертиз по «медицинским делам», выполняемое с привлечением врачей клинического профиля к экспертизам, выполненным исключительно штатными сотрудниками учреждения. Так, в 2019 году экспертизы с привлечением нештатных врачей клинического профиля составили 50,1%, в 2020 году – 51,2%, в 2021 году – 44,4%.

Участие нештатных специалистов определялось не текстуальным содержанием поставленных вопросов, а необходимостью привлечения иных компетенций для установления обстоятельств, которые подлежали доказыванию на основании судебно-медицинского заключения.

По данной категории комплексных экспертиз были отмечены максимальные сроки производства. Детальное исследование длительности

производства комплексных экспертиз позволило выделить в качестве проблемных зон, определяющих, как сроки, так и трудозатраты при выполнении экспертиз, преимущественно начальные этапы: подготовительный и анализ предварительной информации.

На наш взгляд интересен анализ позиции правоохранительных органов в части необходимости постановки перед экспертами вопросов о качестве оказания медицинской помощи для принятия решения по материалу проверки. В ходе анкетирования 64% следователей считают такие вопросы обязательными, 32% видят их желательными, 4% отметили, что не видят в таких вопросах следственного интереса.

При опросе следователей абсолютную готовность к личному изменению направленности вопросов выразили только 5% респондентов, 95% заявили, что оставляют вопросы без изменения.

Причины, по которым следователи не желали изменения перечня и формулировок вопросов, были в 92% случаев субъективными и не определялись следственной тактикой.

Преобладающее большинство следователей (98% опрошенных) приветствуют оперативность проведения экспертиз и отсутствие необходимости привлечения специалистов клинического профиля, однако на вопрос «Считаете ли Вы, что увеличение количества вопросов и количества участников экспертной комиссии обеспечивают объективность и позволяют получить системные исчерпывающие сведения, характеризующие медицинскую помощь?», утвердительный ответ дали 96% респондентов.

Выявленная совокупность организационных проблем, обуславливающих низкую эффективность производства экспертиз по «медицинским делам», определила необходимость создания и внедрения модели взаимодействия экспертного учреждения со следственными органами по делам о причинении медицинскими работниками вреда здоровью пациенту.

В качестве базового компонента организационно-функциональной

модели взаимодействия избрано привлечение специалиста в области судебной медицины для проведения исследования и оформления заключения в рамках доследственной проверки с целью установления подлежащих доказыванию обстоятельств и повышения эффективности производства последующей судебно-медицинской экспертизы.

Проведение исследования специалистом в области судебной медицины по данной категории дел представляется аналогом схожей формы использования специальных знаний в отношении исследования трупа или иных объектов по сопроводительному отношению уполномоченных сотрудников правоохранительных органов.

Так, предоставив набор базовых объектов для экспертной оценки, следователь получает «на выходе» заключение специалиста (ов), в форме исследования по медицинским документам с решением основных следственных задач в общем виде (например, «Имело ли место при оказании медицинской помощи ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, причинно связанное со смертью и если «да», то на каком этапе оказания медицинской помощи»? Имело ли место при оказании медицинской помощи ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, причинно связанное с причинением вреда здоровью и если «да», то на каком этапе оказания медицинской помощи?»).

Наш опыт показывает, что в зависимости от конкретной следственной ситуации оформление заключения специалиста может являться определяющим для принятия решения по материалу доследственной проверки.

В случаях инициативы заявителя о постановке перед экспертами значительного перечня иных вопросов, специалист в рамках заключения проводит экспертную оценку относимости предлагаемых вопросов для производства экспертизы и возможности их разрешения в ходе определенного вида медицинской экспертизы. Представляется очевидным, что полученные в заключении разъяснения события носителем специальных

знаний помогут понять перспективу дальнейшей проверки и аргументировать следственное решение.

Таким образом, на предпроизводственном этапе к возможному назначению судебно-медицинской экспертизы, специалист, проводящий исследование, помогает следователю определиться с предметом доказывания в конкретных обстоятельствах оказания медицинской помощи, сформулировать адекватные вопросы для постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы, определить необходимый перечень объектов и материалов.

По нашему опыту, помимо очевидной оперативности выполнения, полученная из заключения специалиста информация позволяет максимально целесообразно организовать и спланировать первоначальный этап следствия, дает возможность всесторонне изучить событие, обозначает криминалистически значимые медицинские документы и иные объекты, подлежащие изъятию, ориентирует на тактику по проведению допросов, что в целом способствует процессуальной экономии.

Выводы

Получение при необходимости заключения специалиста с решением основных следственных задач в общем виде, а также относимости предлагаемых вопросов для производства экспертизы и возможности их разрешения в ходе определенного вида медицинской экспертизы, позволит существенно ограничить объем проводимой экспертной оценки, сократить сроки выполнения данной категории экспертиз, повысить эффективность экспертной и следственной деятельности.

Предлагаемая модель имеет реальный практический смысл, позволяя в преобладающем большинстве случаев избежать очевидной бесполезности исполнения достаточно длительной и объемной работы с привлечением и оплатой труда штатных специалистов.

Литература

1. Салагай О.О., Летникова Л.И., Некрасов М.С., Макаров И.Ю., Минаева П.В. Повышение качества и доступности всех видов судебно-медицинских экспертиз как результат реализации «Современной модели организации и производства судебно-медицинских экспертиз в Российской Федерации». Судебно-медицинская экспертиза. 2021; 64(6): 4-7.
2. Альшевский В.В. Судебно-медицинская экспертиза вреда здоровью в современном уголовном судопроизводстве (процессуальные аспекты, методические принципы и формально-логические алгоритмы). – М.: Издательство «Юрлитинформ», 2004. – 176 с.
3. Альшевский В.В. Авторская методика прошла апробацию? Медицинское право. 2018; 3:45-48.
4. Альшевский В.В. Методика судебно-медицинского исследования при производстве экспертизы в уголовном судопроизводстве по делам о причинении врачом вреда здоровью пациента (сообщение 1). Медицинское право. 2018; 4: 28-32.
5. Альшевский В.В. Методика судебно-медицинского исследования при производстве экспертизы в уголовном судопроизводстве по делам о причинении врачом вреда здоровью пациента (сообщение 2). Медицинское право. 2018; 5: 44-49.
6. Альшевский В.В. Методика судебно-медицинского исследования при производстве экспертизы в уголовном судопроизводстве по делам о причинении врачом вреда здоровью пациента (сообщение 3). Медицинское право. 2018; 6: 21-25.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ РЕАКЦИИ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ НА ПРИМЕРЕ СТАТИНОВ

к.м.н. Н.В. Бурмистрова

ФГКУ «111 Главный государственный центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз» Министерства обороны РФ, Москва

Аннотация: неблагоприятная реакция на лекарственный препарат на сегодняшний день является нерешённой и актуальной проблемой клинической медицины. Сложность диагностики, непредсказуемость возникновения, фатальность течения требуют внимательного и осторожного подхода в оценке при проведении комиссионных судебно-медицинской экспертиз по делам, связанных с профессиональными правонарушениями медицинских работников. Вопросы причинной связи должны решаться с учётом оказания медицинской помощи от назначения лекарственного препарата до результата его применения.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, статины, неблагоприятная реакция на лекарственный препарат, причинная связь, профессиональные правонарушения медицинских работников.

FEATURES OF THE EVENT FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS AT ADVERSE REACTION TO A DRUG ON THE EXAMPLE OF STATINS

N.V. Burmistrova

Federal State Institution «111 Main State Center for Forensic Medical and Forensic Examinations» of the Ministry of Defense of the Russian Federation, Moscow

Summary: *an adverse reaction to a drug is currently an unsolved and urgent problem of clinical medicine. The complexity of diagnosis, the unpredictability of occurrence, and the fatality of the course require a careful and cautious approach in assessing when conducting commission forensic examinations in cases related to professional offenses of medical workers. Issues of causation should be resolved taking into account the provision of medical care from the prescription of the drug to the result of its use.*

Keywords: *forensic medical examination, statins, adverse reaction to a drug, causal relationship, professional offenses of medical workers.*

Современное медицинское сообщество проводит активную работу по профилактике и лечению атеросклероза с целью уменьшения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Клинические рекомендации регулярно обновляются с учётом международного опыта выработки актуальной терапевтической стратегии. Тактика ведения пациентов регламентировала в зависимости от категории риска, уровня холестерина и образа жизни. Наиболее изученным классом лекарственных препаратов являются статины. Накоплена достаточная база клинических исследований, свидетельствующих о том, что статины значительно снижают заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний при первичной и вторичной профилактике [1, 2].

В изложенном есть и обратная сторона. Как и любое другое лекарственное средство, статины имеют показания к назначению, противопоказания и побочное действие. Воодушевленные положительными результатами профилактики и лечения врачи повсеместно назначают статины «вслепую», без контроля в процессе терапии. Пациентов не предупреждают о том, что им следует немедленно обратиться к врачу при появлении необъяснимых болей или мышечной слабости, особенно если они сопровождаются недомоганием или лихорадкой. Да и сами врачи с лёгкостью относятся к побочным эффектам, не считая их поводом к отмене препарата, не проводя при этом никаких контрольных исследований.

Рассмотрим случай неблагоприятной реакции пациентки с необратимым развитием осложнений, вызванной реакцией на лекарственный препарат.

Н., 65 лет, поступила на стационарное лечение с жалобами на выраженную боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, усиливающуюся при движении. После осмотра в приёмном отделении, с предварительным диагнозом «Остехондроз? Миозит?» Н. была госпитализирована в нейрохирургическое отделение для обследования и лечения. В первые сутки пребывания Н. осмотрена урологом, гинекологом и нейрохирургом. Проведены анализы крови и мочи, по результатам которых выявлены признаки воспалительного процесса (повышение лейкоцитов и сегментоядерных нейтрофилов) и нарушение работы печени и почек (повышение АЛТ, АСТ, мочевины, креатинина), снижение уровня тромбоцитов. При магнитно-резонансной томографии выявлены признаки отёка паравертебральных мышц справа. Назначена обезболивающая и противовоспалительная терапия, на фоне которой в контрольном анализе крови на следующее утро уровень содержания лейкоцитов снизился с $22 \times 10^{12}/л$ до $15 \times 10^{12}/л$, болевой синдром уменьшился. Обследование продолжилось. В течение последующих двух суток состояние Н. оставалось стабильным. На третьи сутки отмечена отрицательная динамика в виде усиления болей в мышцах, вздутия живота, желтушности кожных покровов, нарушения водно-электролитного баланса. В тот же день после детального расспроса пациентки появились сведения о приёме статинов, а именно лекарственного препарата Липримар® (торговое название аторвастатина). Тогда же был сделан предположительный вывод о неблагоприятной реакции на препарат с развитием рабдомиолиза, и назначено фармакологическое тестирование – генотипирование гена SLCO1B1 методом ПЦР в режиме реального времени. Ген SLCO1B1 кодирует мембранный белок, отвечающий за транспорт органических анионов, принимающих участие в выделении статинов в желчь. У пациентов – носителей аллельных вариантов SLCO1B1 отмечается высокий риск развития нежелательных лекарственных реакций

вплоть до рабдомиолиза и аутоиммунной некротизирующей миопатии, индуцированной статинами. У пациентки выявлен генотип с.521TC по полиморфному маркеру SLCO1B1*5, что говорит о высоком риске развития поражения печени и поперечно-полосатой мускулатуры при стандартном дозировании статинов [3]. На четвертые сутки с момента поступления на стационарное лечение на фоне прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности наступила смерть N.

При судебно-медицинском исследовании выявлены некрозы правых малой ягодичной, крестцово-подвздошной, поясничной и подвздошно-реберной мышц, левой двуглавой мышцы, абсцессы в правых крестцово-подвздошной и подвздошно-реберных мышцах, фасциит мышц левого плеча, целлюлит левого предплечья, гнойный артрит левого коленного сустава, абсцессы верхних долей легких, очаговая гнойная пневмония, апостемы почек, абсцессы селезенки. По результатам вскрытия смерть наступила от лекарственной миопатии с нагноением и абсцедированием, протекавшей на фоне хронической экзогенной интоксикации, осложнившейся септикопиемией.

Теперь стоит вернуться к началу повествования и констатировать, что для назначения любого лекарственного средства, в том числе и atorvastatina, необходимы, в первую очередь, медицинские показания. Экспертный анализ показывает, что в данном конкретном случае имелся ряд факторов, при которых возможно было воздержаться от назначения статинов на амбулаторном этапе. Обратимся к инструкции по применению препарата Липримар®.

Липримар® назначается при гиперхолестеринемии в качестве дополнения к диете для снижения повышенного общего холестерина, Хс-ЛПНП, апо-В и триглицеридов у взрослых, подростков и детей в возрасте 10 лет или старше с первичной гиперхолестеринемией, когда ответ на диету и другие немедикаментозные методы лечения недостаточный; для снижения повышенного общего холестерина; для профилактики сердечно-сосудистых

осложнений у взрослых пациентов, имеющих высокий риск развития первичных сердечно-сосудистых заболеваний с целью снижения смертности от инфарктов миокарда, инсультов, повторных госпитализаций по поводу стенокардии и необходимости в реваскуляризации. У N. на амбулаторном этапе до назначения статинов показатели холестерина и ЛПНП находились в пределах нормы (5,7 ммоль/л, ЛПНП 3,63 ммоль/л), при ультразвуковом исследовании были выявлены признаки атеросклеротического поражения магистральных сосудов, суживающие просвет от 25 до 40 % без нарушения кровотока. Показатели АЛТ и АСТ не определялись. В данном конкретном случае Липримар® был применён в качестве основного способа лечения атеросклероза, а не дополнительного, как это рекомендовано производителем.

Пациентам, имеющим в анамнезе заболевания печени, Липримар® назначают с осторожностью. Формулировка «с осторожностью» означает, что применение Липримара® необходимо в тех случаях, когда предполагаемая польза от его назначения превышает потенциальный вред. За год до назначения статинов у N. диагностировался стеатоз – жировое перерождение печени, что не учитывалось при назначении лечения.

Из инструкции по применению также следует, что со стороны скелетно-мышечной системы и соединительной ткани у пациентов могут возникать боли в мышцах, суставах (миалгии, артралгии), судороги мышц, припухлость суставов, боль в спине, в шее, мышечная слабость, миопатия, миозит, рабдомиолиз, тендопатия (в некоторых случаях с разрывом сухожилия) и иммуноопосредованная некротизирующая миопатия. Пациентов необходимо предупреждать о том, что им следует немедленно обратиться к врачу при появлении необъяснимых болей или мышечной слабости, особенно если они сопровождаются недомоганием или лихорадкой. У N. отсутствовала настороженность при применении Липримара®, поэтому пациентка своевременно не сообщила о лечении статинами врачам стационара.

Таким образом, в рассматриваемом случае статины были назначены превентивно, без медицинских показаний, без учета относительных противопоказаний, с неясной лечебной целью. Обращает на себя внимание факт первичного массивного поражения скелетной мускулатуры, подтверждённого значительным (почти в 30 раз) и быстрым (менее чем за сутки) повышением креатинфосфокиназы (КФК) с последующим нарастанием признаков интоксикации. Факт развития лекарственной миопатии с развитием рабдомиолиза подтверждён данными анамнеза – возникновением болей после начала приёма статинов, наличием генетической предрасположенности к статин-индуцированным осложнениям [4]. Причиной абсцессов у N. явилось вторичное инфицирование уже имеющихся участков повреждённых мышц с последующей молниеносной генерализацией инфекции гематогенным путем с образованием очагов-отсевов во внутренних органах. На молниеносную форму септического процесса указывает наличие единичных и поверхностных гнойных очагов в почках и легких, отсутствие рентгенологических признаков абсцедирования при поступлении в стационар и резкая динамика ухудшения состояния с наступлением летального исхода. Риск развития осложнений статин-индуцированной миопатии в случае N. реализовался со 100 % вероятностью, несмотря на применение малых доз препарата.

В 2020–2021 годах в связи со смещением заболеваемости в сторону COVID-19, необходимо обратить внимание, что возросло назначение статинов с целью профилактики сердечно-сосудистых заболеваний путем назначения аторвастатина на стационарном этапе лечения. При этом настороженность возможного негативного воздействия сведена к минимуму. Жалобы пациентов на мышечную боль могут быть маскированы вирусными проявлениями, изменения в ферментном составе крови – присоединением полиорганной недостаточности.

В рассмотренном примере врачи стационарного звена столкнулись с исходом статин-индуцированной миопатии с тяжелыми фатальными

осложнениями и своевременно её диагностировали. Судебно-медицинская экспертиза осложнений, вызванных неблагоприятной реакцией на лекарственный препарат, должна проводиться на основании совокупного анализа показаний и противопоказаний к назначению лечения, с учётом анамнеза и сопутствующих заболеваний с привлечением в состав экспертной комиссии компетентных специалистов соответствующего клинического профиля. Правоохранительные органы при расследовании дел, связанных с профессиональными правонарушениями медицинских работников, зачастую ориентируются только на конечный этап лечения, что ведёт к ошибочной правовой оценке действия врачей. Ответ на вопрос о причинной связи должен учитывать оказание медицинской помощи от назначения лекарственного препарата до результата его применения. Вывод о наличии (или отсутствии) причинной связи между действиями врачей и негативными последствиями для пациента будет объективным и научно обоснованным только в случае оценки лечебных мероприятий на всех этапах оказания медицинской помощи. Прогнозирование возникновения неблагоприятной реакции на лекарственный препарат является, подчас, невыполнимым в силу недоступности специфических методов исследования.

Литература

1. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации. VI пересмотр. Атеросклероз и дислипидемии. 2017 4(9): 4-52.
2. Евразийская ассоциация кардиологов Национальное общество по изучению атеросклероза (НОА). Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Москва. 2020.
3. Казаков Р.Е., Евтеев В.А., Муслимова О.В., Мазеркина И.А., Демченкова Е.Ю. Значение генетических факторов в прогнозировании побочного действия статинов // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 8-5. – С. 691-698.
4. Spence D.J., Dresser G.K. Overcoming Challenges with Statin Therapy. J. Am. Heart Assoc. 2016;5: e002497; doi: 10.1161/JAHA.115.002497.

К ВОПРОСУ ОБ УГОЛОВНО-ПРАВОВОЙ ОЦЕНКЕ СОДЕЯННОГО МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ ПРИ НЕОСТОРОЖНОМ СОПРИЧИНЕНИИ СМЕРТИ ПАЦИЕНТУ

к.ю.н., доцент Е.Г. Быкова

Екатеринбургский филиал Московской академии Следственного комитета
Российской Федерации, г. Екатеринбург

Аннотация: Возникает множество сложностей квалификации смерти пациента, если помощь оказывалась двумя или более медицинскими работниками одного или нескольких лечебных учреждений. Целью исследования является поиск ответа на вопрос о правовой оценке таких ситуаций. Для ее достижения проанализированы научные публикации о неосторожном сопричинении, квалификации медицинских преступлений, а также судебные акты по уголовным делам данной категории. В результате сделан вывод о возможности привлечения нескольких медицинских работников за смерть одного пациента. На это влияет наличие взаимодействия между указанными лицами при оказании медицинской помощи пациенту, допущенные ошибки, которые состоят в причинно-следственной связи с его смертью. Обязательно устанавливать факт виновного ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных (или должностных) обязанностей.

Ключевые слова: неосторожность, сопричинение, медицинское преступление, смерть, ст. 109 УК РФ, врачебная ошибка, медицинская помощь.

TO THE QUESTION OF THE CRIMINAL LEGAL ASSESSMENT OF WHAT MEDICAL WORKERS HAVE DONE IN CASE OF CARELESS CAUSING OF DEATH TO A PATIENT

E.G. Bykova

Yekaterinburg Branch of the Moscow Academy of the Investigative Committee of the
Russian Federation, Yekaterinburg

Summary: There are many difficulties in qualifying the death of a patient if assistance was provided by two or more medical workers of one or more medical institutions. The purpose of the study is to find an answer to the question of the legal assessment of such situations. To achieve it, scientific publications on careless co-occurrence, qualification of medical crimes, as well as judicial acts on criminal cases of this category were analyzed. As a result, it is concluded that it is possible to involve several medical workers for the death of one patient. This is influenced by the presence of interaction between these persons in the provision of medical care to the patient, the mistakes made, which consist in a causal relationship with his death. It is mandatory to establish the fact of the culpable improper performance by a person of his professional (or official) duties.

Keywords: carelessness, co – occurrence, medical crime, death, Article 109 of the Criminal Code of the Russian Federation, medical error, medical care.

Проблема правовой оценки дефектов оказания медицинской помощи является очень деликатной. Ее решение в правоприменительной практике неоднозначно. В этой связи Председатель Следственного комитета

Российской Федерации А.И. Бастрыкин ставит перед сотрудниками ведомства задачу по каждой подобной жалобе разобраться в сути, в причинах проблемы. Он подчеркивает важность взаимодействия по этому вопросу с медицинским сообществом, в том числе по вопросам проведения судебно-медицинских экспертиз [1]. В свою очередь представители экспертного сообщества констатируют, что эффективность взаимодействия во многом зависит от следователей, которые не всегда ответственно подходят к назначению комиссионных экспертиз с вопросами по оказанию медицинской помощи [2].

В российском уголовном законодательстве отсутствуют специальные нормы, предусматривающие ответственность за врачебные ошибки, которые привели к смерти пациента. Согласно проводимым исследованиям, чаще всего содеянное медицинскими работниками квалифицируется по ч. 2 ст. 109 УК РФ [3; с. 151]. Ситуация усложняется, когда помощь пациенту оказывали в нескольких медицинских организациях или несколько сотрудников одной больницы. По справедливому замечанию В.Б. Хазизулина трудность заключается в необходимости уголовно-правовой оценки последовательных или одновременных деяний нескольких медицинских работников, повлекших по неосторожности наступление одного общественно-опасного результата [4; с. 157].

Целью настоящего исследования является поиск ответа на вопрос о правовой оценке неосторожного сопричинения смерти при оказании медицинской помощи. Его основой стал диалектический метод познания. Для уяснения особенностей оценки неосторожного сопричинения смерти анализировались научные публикации, посвященные признакам этого уголовно-правового феномена и проблемам квалификации медицинских преступлений. Кроме этого, изучались судебные акты по уголовным делам указанной категории с целью выявления прецедентов привлечения нескольких медицинских работников за смерть одного пациента, а также сложностей оценки таких обстоятельств. Полученная информация

приводится в обобщенном виде.

1. В теории уголовного права большое внимание уделяется проблеме неосторожного сопричинения. Оно возможно при наличии виновного отношения нескольких лиц (чаще всего небрежность, но возможно и легкомыслие) к наступлению неблагоприятных последствий их поведения. Эти лица взаимодействуют между собой для достижения единой социально полезной или нейтральной цели. Содеянное каждым из них состоит в причинно-следственной связи с наступившим преступным результатом [5].

В соответствии со ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская помощь представляет собой комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг [6].

Думается, что медицинскую помощь пациенту в нескольких лечебных учреждениях или несколькими медицинскими работниками в одной медицинской организации следует рассматривать как взаимодействие для достижения единой цели. Каждый из оказывающих помощь вносит в это собственный вклад. В случае наступления смерти пациента в результате врачебной ошибки важно установить, кто ее допустил. С учетом этого делается вывод о наличии или отсутствии признаков неосторожного сопричинения.

Отдельно следует подчеркнуть необходимость доказывания причинно-следственной связи между допущенными дефектами оказания медицинской помощи и смертью пациента.

2. В судебной практике имеются примеры привлечения к уголовной ответственности за смерть одного пациента нескольких медицинских работников. Примеры неосторожного сопричинения, в частности, встретились при ознакомлении с Кассационным определением Седьмого кассационного суда общей юрисдикции от 25.05.2021 № 77-1917/2021, Кассационным определением Восьмого кассационного суда общей

юрисдикции от 15.12.2021 № 77-5380/2021, Постановлением Анапского городского суда Краснодарского края от 02.12.2021 № 1-393/2021, Кассационным определением Пятого кассационного суда общей юрисдикции от 02.08.2021 № 77-1115/2021, Кассационным определением Верховного суда Карачаево-Черкесской Республики от 26.06.2012 № 22-217/2012 [7].

В судебной практике имеются оправдательные приговоры, постановленные в отношении всех медицинских работников, привлекаемых к ответственности за неосторожное сопричинение. В частности, речь идет об Апелляционном определении Челябинского областного суда от 21.09.2021 № 10-4239/2021, Апелляционном постановлении Верховного суда Карачаево-Черкесской Республики от 15.03.2016 № 22-35/2016 [7].

В каждом случае особое внимание уделялось возможности предотвращения развития неблагоприятного исхода при надлежащем выполнении медицинским работником профессиональных обязанностей, а также наличию причинно-следственной связи между содеянным каждым из них и смертью пациента.

3. В некоторых ситуациях несколько медицинских работников допускают дефекты оказания медицинской помощи пациенту, однако причинно-следственная связь со смертью последнего имеется в содеянном лишь одним из них. При этих обстоятельствах распространенной является версия виновного о том, что к смерти пациента привели ошибки коллег. Подобная линия защиты встречалась при изучении Апелляционного постановления Пермского краевого суда от 15.09.2015 № 22-5635-2015, Апелляционного постановления Рязанского областного суда от 27.07.2015 № 22-566/2015 [7].

К примеру, по приговору суда, оставленному без изменения апелляционной инстанцией, врач-кардиолог стационарного отделения К. осуждена по ч. 2 ст. 109 УК РФ. К., будучи лечащим врачом, неверно назначила лекарственный препарат пациенту, поступившему с жалобами на перебои в работе сердца. Она проигнорировала сведения о продолжающихся

болях в брюшной полости, не выполнила необходимых диагностических и лечебных мероприятий по оценке состояния пациента, в результате чего поздно диагностирован развившийся воспалительный процесс в кишечнике, вследствие чего оперативное вмешательство проведено с запозданием, развились необратимые последствия, что привело к смерти пациента. В апелляционной жалобе К. указывала, что назначать анализы и интерпретировать их должен был дежурный врач. Этот довод признан несостоятельным, поскольку он обязан выполнять эти действия только в случае, если лечащий врач по окончании рабочего дня оставил пациента под наблюдением, сделав соответствующую запись в документации [8].

В подобных ситуациях главная цель правоприменителя не допустить ошибки при установлении лица, подлежащего привлечению к ответственности за медицинское преступление.

Например, по приговору суда, оставленному без изменения апелляционной инстанцией, врач пульмонологического отделения Х. осуждена по ч. 2 ст. 109 УК РФ. Суд кассационной инстанции судебные акты отменил и направил дело на новое апелляционное рассмотрение, выразив сомнение, что за смерть пациентки надлежит привлекать ответственности именно Х. [9].

При повторном пересмотре приговора суд оправдал Х. ввиду отсутствия в ее действиях состава преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ. Такое решение обосновано тем, что хотя Х. не являлась специалистом в области сосудистой хирургии, она правильно заподозрила у пациентки наличие заболевания «тромбоэмболия легочной артерий», несмотря на то, что лечившие, осмотревшие и консультировавшие эту пациенту до нее врачи – специалисты, в должностные обязанности которых входило диагностирование и своевременное лечение данного заболевания, не усмотрели необходимость экстренного проведения УЗДС – исследования, своевременного диагностирования и лечения данного заболевания. При сложившейся обстановке Х. предприняла все зависящие от нее меры для

проведения необходимых исследований по выявлению данного заболевания, добилась консультации специалиста – сосудистого хирурга, который ранее не усмотрел экстренности в проведении УЗДС исследования, а также созвала врачебную комиссию, которая согласилась с ее мнением о необходимости проведения данного исследования. Она же добилась переноса назначенного УЗДС – исследования на более ранний срок. При этом Х. продолжала лечение пациентки, которое согласно показаниям эксперта, а также заключениям специалистов, являлось правильным [10].

По результатам исследования автор приходит к выводу, что несколько медицинских работников могут быть привлечены к уголовной ответственности за смерть одного пациента. При квалификации важно принимать во внимание совокупность обстоятельств. Во-первых, указанные лица взаимодействовали между собой при оказании медицинской помощи пациенту, стремясь достичь цели восстановления его здоровья или улучшения состояния. Во-вторых, привлекаемые к ответственности лица допустили дефекты оказания медицинской помощи, которые отрицательно сказались на состоянии здоровья пациента. В-третьих, врачебные ошибки состоят в причинно-следственной связи со смертью пациента. В-четвертых, дефекты оказания медицинской помощи допущены виновно вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных (или должностных) обязанностей. В-пятых, неосторожное сопричинение нужно отличать от случаев, когда врачебные ошибки допущены несколькими медицинскими работниками, но содеянное только одним из них состоит в причинно-следственной связи со смертью пациента.

Литература

1. Интервью Председателя СК России Александра Баstryкина «Российской газете» 07.07.2020. URL: <https://sledcom.ru/press/interview/item/1480196> (дата обращения: 09.02.2022).

2. Зиненко Ю.В., Моисеев В.Ф., Черный В.В. Особенности проведения комиссионных экспертиз по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи (по архивным материалам отдела сложных экспертиз КГБУЗ Красноярского краевого бюро

судебно-медицинской экспертизы). Евразийское Научное Объединение. 2019. № 9-2 (55). С. 165-167.

3. Бессонов А.А., Маланина Н.В. Криминалистическая характеристика преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи и медицинских услуг. Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. 2018. № 4 (22). С. 150-157.

4. Хазизулин В.Б. Неосторожное сопричинение вреда при оказании медицинской помощи: отдельные вопросы методики расследования. Интеграция науки в условиях глобализации и цифровизации: материалы XIII Международной научно-практической конференции (29 сентября 2021 г.): в 2-х ч. Ч-2. Ростов-на-Дону: изд-во Южного университета ИУБиП, 2021. С. 156-162.

5. Безбородов Д.А. Об объективных признаках неосторожного сопричинения преступного результата. Уголовная политика и проблемы правоприменения: сборник статей по материалам международной научно-практической конференции. Составитель: Екатерина Николаевна Рахманова. СПб.: Общество с ограниченной ответственностью Издательский дом «Петрополис», 2013. С. 14-18.

6. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) // СПС «КонсультантПлюс».

7. ГАС «Правосудие».

8. Апелляционное постановление Астраханского областного суда от 30.11.2021 № 22–2906/2021 // ГАС «Правосудие».

9. Определение Шестого кассационного суда общей юрисдикции от 25.02.2021 № 77-656/2021 // СПС «КонсультантПлюс».

10. Апелляционный приговор Верховного Суда Республики Башкортостан от 28.04.2021 № 22-2051/2021 // ГАС «Правосудие».

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПРЕСТУПЛЕНИЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕАДЕКВАТНОГО ВРАЧЕВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ СПЕЦКУРСОВ ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

д.м.н., профессор А.Ю.Вавилов^{1,2}, д.м.н., профессор В.И.Витер^{1,2},
д.м.н., доцент А.Р.Поздеев¹

¹Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России, Ижевск

²Бюро судебно-медицинской экспертизы Минздрава Удмуртской Республики,
Ижевск

Аннотация: Профилактика преступлений медицинских работников связанных с ненадлежащим врачеванием является важной составляющей обучения в медицинском вузе, основанной на биоэтическом принципе «Noli nocere!». Эффективное развитие правового мышления врача строится на примере экспертной и правовой оценки неблагоприятного исхода во врачебной практике, что позволяет формировать у обучающегося правовое видение медицины. Проведенный анализ педагогической практики дисциплин кафедры судебной медицины с курсом судебной гистологии ФПК и ПП Ижевской государственной медицинской академии, рабочих учебных программ, а также специальной литературы, позволил выявить преемственность в преподавании спецкурсов дисциплин, посвященных рассмотрению преступлений, связанных с ненадлежащим врачеванием и их углубление в детали ситуации с анализом SWOP, кейсов и др. Обучающиеся подвергают анализу не только задачи на основе кейсов, но и появляющиеся в СМИ такого рода дела. У обучающихся есть возможность проследить за развитием событий, оценивать правильность сделанной правовой оценки. В отзывах выпускников последних четырех лет дана высокая оценка подобной практике занятий.

Ключевые слова: университеты, учебная программа, судебная медицина, студенты, преступность, дополнительные термины, образование, медицина, специалитет.

PREVENTION OF CRIMES RELATED TO INADEQUATE PROVISION OF MEDICAL CARE THROUGH SPECIAL COURSES FOR MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS

A. Yu. Vavilov^{1,2}, V. I. Viter^{1,2}, A. R. Pozdeev¹

¹Izhevsk State Medical Academy of the Ministry of Health of Russia, Izhevsk

²Bureau of Forensic Medical Examination of the Ministry of Health of the Udmurt Republic, Izhevsk

Summary: The prevention of crimes of medical workers related to improper medicine is an important component of training at a medical university, based on the bioethical principle of «Noli nocere!». The effective development of a doctor's legal thinking is based on the example of an expert and legal assessment of an unfavorable outcome in medical practice, which allows the student to form a legal vision of medicine. The analysis of the pedagogical practice of the disciplines of the Department of Forensic Medicine of the Izhevsk State Medical Academy, working curricula, as well as special literature, made it possible to identify continuity in the teaching of sections in special courses of disciplines devoted to the consideration of crimes related to improper medicine and their deepening in the details of the situation with their analysis SWOP, cases, etc. Students analyze not only tasks based on cases, but also cases appearing in the media of this kind. Students have the opportunity to follow the development of

events, evaluate the correctness of the legal assessment made. During the last four issues, students highly appreciate this training practice.

Keywords: *universities, curriculum, forensic medicine, students, crime, additional terms, education, medical, undergraduate.*

Охрана здоровья граждан является приоритетным направлением государственной политики и деятельности Правительства РФ, что закреплено в Конституции, Федеральных законах Российской Федерации и иных нормативно-правовых актах [1]. Национальный проект «Здравоохранение» в РФ на период с 2019 по 2024 годы предусматривает снижение показателей смертности населения трудоспособного возраста по ряду значимых заболеваний, обеспечение оптимальной доступности для населения медицинских организаций, оптимизацию работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, ликвидацию кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и ряда других мероприятий [2]. Ежегодно около 58 тыс. врачей поступают на работу, и столько же по различным причинам выбывает, (8—10%) находят другую работу, остальные представляют естественную физиологическую убыль, либо уходят на пенсию и дефицит в первичном звене доходит до 50% от штатной численности [3]. Немаловажную роль в дефиците медицинских работников имеет ситуация, связанная с уголовным преследованием их за преступления, связанные с ненадлежащим врачеванием. Об активизации следственной практики по рассмотрению сообщений и расследовании уголовных дел о ятрогенных преступлениях свидетельствуют материалы обращений в следственные органы, например, в 2021 году рассмотрено 611 621 обращения (с учетом жалоб, разрешенных в порядке статьи 124 УПК РФ). Наибольшее количество заявителей принято должностными лицами следственных органов по г. Москве – 16 401, Республикам Татарстан – 11 623, Свердловской области – 4 807, Башкортостан – 8 530 [4].

Профилактика преступлений медицинских работников, связанных с ненадлежащим врачеванием, является важной составляющей обучения в

медицинском вузе, основанной на биоэтическом принципе «Noli nocere!». Предупреждение преступлений, защита медицинских работников от необоснованных обвинений, связанных с ненадлежащим врачеванием требует, на наш взгляд, системного подхода, который должен строиться на реализации культуры безопасности пациента в медицинской среде [5], обучению медицинских работников правовому видению медицины [6], при этом обучение начинать с первых курсов медицинского вуза. В процессе подготовки медицинских специалистов с первого до выпускного курсов медицинского вуза нередко отсутствует системность и преемственность, когда имеются положительные «точечные» решения в обучении – каждая медицинская специализация (специальность) узко рассматривает вопросы профилактики. В Ижевской государственной медицинской академии, благодаря заинтересованности руководства факультета, кафедры судебной медицины этой проблематикой были систематизированы, переработаны рабочие программы дисциплин и созданы соответствующие спецкурсы.

Цель работы — анализ системы обучения медицинских специалистов с первого до выпускного курсов медвуза юридическим, медицинским, экспертным аспектам профилактики преступлений, связанных с ненадлежащим врачеванием на примере дисциплин и спецкурсов кафедры судебной медицины.

Материал и методы. Материалом исследования явились рабочие программы дисциплин и дисциплин по выбору студентов (спецкурсов), практика их преподавания, результаты интервьюирования обучаемых. Использованы аксиоматический и методы анализа и синтеза, наблюдения, анкетирования, беседы, интервью, статистики.

Результаты и обсуждение

Преемственность преподавания на кафедре судебной медицины с курсом судебной гистологии ФПК и ПП представлена в виде схемы (Рис. 1). Обучаемые на первом курсе знакомятся с юридическими аспектами медицинской деятельности в рамках дисциплины Правоведение. Как пишут

авторы [7] не во всех медицинских вузах произошло окончательное становление преподавания правоведения, саму дисциплину называют по-разному: «основы правоведения», «правоведение», «медицинское право» и т.д. Напротив, в юридических вузах процесс завершился созданием в 2019 году первой кафедры медицинского права на базе МГЮА им. Е. Кутафина [3].

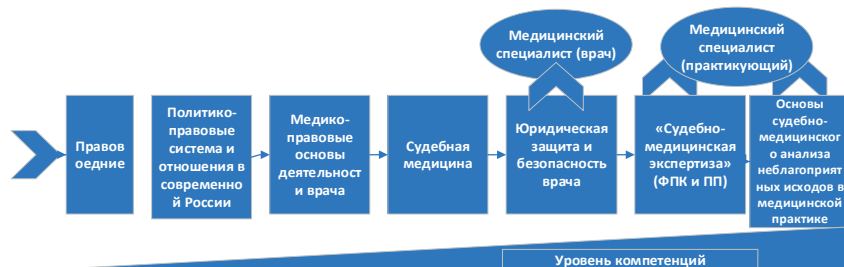


Рис. 1. Преемственность в обучении вопросов, связанных с ненадлежащим врачеванием, кафедрой судебной медицины с курсом судебной гистологии ФПК и ПП. Компетенции формируются правоведением с углублением и закреплением последующими дисциплинами.

Изучая правоведение на первом курсе в объеме 3 з.е., раздел основы уголовного права, обучаемые знакомятся с криминологическими аспектами, подробным разбором статей уголовного кодекса РФ, по которым привлекают медицинских работников к юридической ответственности за ненадлежащее врачевание. На семинарских занятиях рассматриваются вопросы производства по делам о ятрогенных преступлениях. Обращается внимание на вопросы освобождения от уголовной ответственности (по реабилитирующим и нереабилитирующим основаниям) и от уголовного наказания. Обсуждение проводится с решением кейс заданий, применения метода SWOT – анализа.

В дисциплине по выбору «Политико-правовые система и отношения в современной России» в одной из тем рассматривается современная ситуация

с привлечением медицинских работников к юридической ответственности за ненадлежащее врачевание. Разбор вопросов проводится в интерактивной форме путем решения кейс-заданий.

Изучая дисциплину «Медико-правовые основы деятельности врача» на пятом курсе в объеме 2 з.е., обучаемые получают профессиональные компетенции по вопросам неблагоприятных исходов в медицинской практике любой медицинской специальности для повышения знаний и перспектив вероятного участия, в качестве профильного специалиста, в комиссионных судебно-медицинских экспертизах, по оценке качества оказания медицинской помощи. В задачи дисциплины входит получение знаний о неблагоприятных исходах в медицинской практике и умений для возможной их превенции, а также ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения. Обучаемые анализируют содержание комиссионных судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля; обучаются категориям диалектики в оценке качества оказания медицинской помощи при исследовании медицинских документов по «врачебным делам».

Шестикурсники изучают раздел судебно-медицинской экспертизы по материалам дела (экспертиза о профессиональных правонарушениях медицинских работников). Завершается изучение и подготовки медицинских специалистов (врачей) спецкурсом «Юридическая защита и безопасность врача»: происходит закрепление современных аспектов медицинского права. Эффективное развитие правового мышления врача строится на примере экспертной и правовой оценки неблагоприятного исхода во врачебной практике, что позволяет формировать у обучающегося правовое видение медицины [8]. Обучающиеся подвергают анализу не только задачи на основе кейсов, но и появляющиеся в СМИ на момент занятий такого рода «врачебные» дела. У обучающихся есть возможность проследить за развитием событий, оценивать правильность сделанной правовой квалификации. Для этого созданы группы в социальных сетях

(«Правоведение ИГМА», «Группа квалификации медицинских правонарушений»), в которых идет обсуждение правовых вопросов. Для проведения практических занятий со студентами привлекаются медицинские юристы, следователи, адвокаты. Выпускники последних четырех лет высоко оценивают такую практику занятий (свыше 87% оценивают высоко, 13 % – хорошо), что подтверждается ростом числа студентов, являющих желание обучаться на данном спецкурсе. В курсе аспирантуры и ФПК и ПП продолжается рассмотрение вопросов предупреждения преступлений, связанных с ненадлежащим врачеванием.

Краткие выводы

Проведенный анализ педагогической практики дисциплин кафедры судебной медицины с курсом судебной гистологии ФПК и ПП Ижевской государственной медицинской академии, рабочих учебных программ, а также специальной литературы, позволил выявить системность и преемственность в преподавании разделов спецкурсов дисциплин, посвященных рассмотрению преступлений, связанных с ненадлежащим врачеванием, углубление в детали ситуации с их анализом SWOP, кейсов и др. На выпускном курсе у обучающихся появляется целостное системное представление о тех юридических проблемах, которые должны быть всегда во внимании у практикующего врача для снижения до минимума поступков, которые могут привести к юридическим фактам в виде преступлений, связанных с ненадлежащим врачеванием.

Литература

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». М.: Эксмо-Пресс, 2021.
2. Национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография». Ссылка активна на 13 февраля 2022 г. <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie>.
3. Клименко Т.В., Мохов А.А., Пекшев А.В., Поздеев А.Р., Посулихина Н.С., Сушкова О.В. Медицинское право России: учебник; отв. ред. А. А. Мохов. М.: Проспект, 2021. <https://doi.org/10.31085/9785392337651-2021-544>.
4. Анализ работы по рассмотрению обращений граждан за 2021 год. Ссылка активна на 13 февраля 2022 г. <https://sledcom.ru/folder/1655158>.

5. Витер В.И., Поздеев А.Р., Яворский А.Н., Столяров А.П. Медико-правовые аспекты безопасности лекарственных средств и пациентов: монография. Саратов: Вузовское образование, 2018.

6. Тихомиров А.В. Теория медицинской услуги и медицинского деликта. Учебно-научное пособие. М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2012.

7. Стюф Я.В., Тулегенов В.В., Филиппова М.С. Некоторые особенности преподавания правоведения в медицинском вузе. Судебно-медицинская экспертиза. 2021;64(5):61-64. <https://doi.org/10.17116/sudmed20216405161>

8. Поздеев А.Р., Тихомирова Г.И. Возможности использования специальных знаний в оценке неблагоприятного исхода прогрессирующего облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей. В кн. Практика в медицинском вузе и пандемия: реалии и перспективы: сборник научных трудов; отв. ред. С.Н. Стяжкина, А.Р. Поздеев. — Ижевск: ИГМА, 2022. С. 211-226.

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ ВРАЧЕЙ В СУДЕБНИКАХ СРЕДНЕВЕКОВОЙ АРМЕНИИ

д.м.н., профессор Ш.А. Варданян

Ереванский Государственный медицинский университет имени Мхитара Гераци, Ереван

Аннотация: Проблема изучения истории развития медицинской науки в Армении не может в настоящее время считаться новой, однако вопрос о состоянии развития правовых аспектов правонарушений врачей в судебныхниках средневековой Армении мало изучены.

Целью нашей работы было выяснить, какие правонарушения допускали средневековые врачи и их ученики, и какие наказания предусматривались в судебныхниках средневековых авторов: «Каноны Давида, сына Алавка» (XII), «Армянский судебник» Мхитара Гоша (XII), «Судебник Смбата Спарапета (Гундстабеля) или Киликийский судебник (XIII)».

Исходя из данных статей судебныхников, становится ясно, что в средневековье уже были врачи не только общего профиля, но и различные узкие специалисты. Кроме того, была развита судебная медицина, так как критиковать действия врача или оценивать целесообразность его решений, могли лишь специалисты более высокой квалификации.

Данное исследование показывает, что в средние века решали сложные медицинские вопросы, и по требованию закона о детальном изучении вопросов профессиональных правонарушений врачей позволяло отметить, что приговор в подобных случаях выносился на основании научного разбора, путем допроса других врачей-специалист.

Ключевые слова: судебник, архив, Киликия, Синод, духовный суд, наказание, эпитимия, каноны, сын Алавка, Гундстабель.

LEGAL BASICS OF PHYSICIANS' OFFENCES IN THE LAW BOOKS OF MEDIEVAL ARMENIA

Sh.A. Vardanyan

Yerevan State Medical University after M. Heratsi, Yerevan

Summary: *The problem of study of medical science in Armenia is not concerned as new one; however the question about the state of development of legal aspects of physician's offences in Law Books of Medieval Armenia is not well studied.*

The aim of our work was to find out which type of offences were made by medieval physicians and their disciples and what kind of punishments were provided in the medieval authors Law Books; «Canons of David, Alavk's son» (XII), «Armenian Law Book» of Mchitar Gosh (XII), «Law Book of Smbat Sparapet (Gundstabel) or Kilikian Law Book» (XIII).

Based on the data of articles of Law Books, it becomes clear, that in the middle ages there were physicians of not only general profile, but also there were different narrow specialists. Besides, the forensic medicine was well developed, since only the specialists of higher qualification could criticize the physicians' actions or to estimate the expediency of their decisions.

This research shows, that complicated medical questions had been solved in the middle Ages, and by the demand of rule of detailed examination of questions of physicians' professional offences, allows us to mark, that adjudication in such cases was based on the scientific discussion, by the interrogation of other medics-specialists.

Keywords: *juridical manuscripts, archive, Kilikia, Synod, spiritual court, punishment, penance, canons, Alavks' son, Gundstabel.*

Данные истории судебной медицины помогают правильно понимать ряд вопросов исторического прошлого народа. Ни одна из медицинских наук не отражает в такой степени национальные особенности быта того или иного народа, как судебная медицина. С другой стороны, тесно примыкая к нормам существующего правопорядка, судебная медицина косвенным образом характеризует общественные и государственные устои того или иного периода исторического развития данной страны. Основными достижениями судебной медицины являются достижения общей медицины и юридических наук.

В настоящем исследовании использованы данные медицины, нормы права и уголовного права.

Изучение истории и развития начал наказуемости преступлений, направленных против жизни и здоровья личности, показало, что они существуют в человеческом обществе с давних времен. Многочисленные плодотворные исследования Л.А. Оганесяна показали, что в Армении в

период средневековья различные вопросы медицины разрабатывались на высоком для своего времени научном уровне. Интенсивное развитие различных отраслей медицины произошло после изобретения армянской письменности Месропом Маштоцом, величайшего события в жизни армянского народа. После создания письменности на армянском языке появились труды, посвященные различным областям науки, освещающие также отдельные вопросы медицины. Особенно интенсивно развивается медицина в эпоху расцвета феодализма, начиная с XI века. В эту эпоху в Армении создаются предпосылки для бурного развития социально-экономической жизни: возникают города, многие из них – Ани, Карс, Ван и другие, становятся важными центрами на торговых путях между Востоком и Западом. В городах Армении развиваются многочисленные отрасли производства. оответственно эпохе, развивается и духовная жизнь народа – литература, философия, медицина и др. Известно, что в эпоху Багратидов в Ани были высшие учебные заведения, медицинские училища.

«Есть все основания полагать, что средний уровень образованности в Армении Багратидской эпохи стоял достаточно высоко, пожалуй выше, чем во многих европейских странах того же времени», – справедливо писал В.Я. Брюсов»[3].

В Киликийской Армении, как и в Ани, развивались литература, искусство и науки: историография, юриспруденция, философия, медицина.[5].

Развитие судебной медицины в основном стимулируется требованиями юриспруденции, уровнем развития которой закономерно обуславливается и уровень судебной медицины в каждой отдельной стране.

Самыми древними законодательными актами, действующими на территории исторической Армении, были хетские законы. Заслуживают внимания также законы и решения, принятые отдельными царями, а начиная с IVвека принятие решений и канонов – церковными соборами. После того, как церковь потеряла свою главенсвующую роль, каноническое право было

заменено судебным [6].

В отличие от судебников, книги канонов сочинялись отдельными духовными лицами, и в период отсутствия государственности Армении церковными соборами принимались в виде решений.

Исследованиями армянских памятников права занимались и историки, и юристы. История древнеармянского права в значительной степени изучена как иностранными, так и отечественными арменоведами: А. Бросе (член российской академии), Ф. Бишофом, М. Алексеевским, С. Егиазаряном, В. Бастинкским и другими. В памятниках права древней и средневековой Армении даны достаточно четкие для тех времен определения и установлены меры наказания для тяжких преступлений, как убийство, искусственное прерывание беременности, умышленное причинение телесных повреждений, профессиональные правонарушения врачей и т.д. Но, несмотря на это, в эпоху феодализма (при династии Багратидов), когда в стране развивались ремесла, строились и благоустраивались города, в Армении не было светского законодательства, санкционированного наказания [2].

Лишь в эпоху Киликийского государства армянский народ получил кодифицированный национальный письменный свод законов. Начиная с XII века в различных областях Армении появляются памятники права светского характера: в северо-восточной части – «Каноны Давида, сына Алавка», представляющие собой первый на Востоке подобный опыт на древнеармянском языке, «Армянский судебник Мхитара Гоша», а в последствии – «Городской закон» Нерсеса Ламбронаци (XIII век) и «Судебник Смбата Спарапета (Гундстабеля) или «Киликийский судебник XIII века». «Каноны Давида, сына Алавка» содержал 97 статей и был составлен в 30-х годах XII века, являясь попыткой создания армянского кодекса законов. В книге канонов Давида, наряду с многочисленными определениями, особого внимания заслуживают каноны, знакомящие нас со взглядами Давида, сына Алавка, на медицину, главным образом – на акушеров. В эпоху, когда греко-римская медицина переживала упадок, и

такие гинекологические операции, как поворот плода, расчленение и извлечение плода, кесарево сечение и другие, были забыты, каноны Давида в противовес арабской медицине, требовали разрешить специалистам – мужчинам и женщинам, в случае необходимости, прибегать к подобным вмешательствам. Своевременная диагностика и проведение этих операций, направленных на спасение матери и ребенка, имели важное судебно-медицинское значение. Если причиной гибели ребенка являлась неквалифицированность акушера, то последний, по канонам Давида, приравнивался к убийце (статья 75 канонов Давида). Тому, кто ради спасения матери убьет ребенка, назначалась эпитимия сроком на 10 лет. Это объяснялось тем, что ребенок во внутриутробной жизни, согласно религии, остается некрещеным, убивать же некрещеного – большой грех, так как при этом оказывается убитой душа, имеющая «божественное происхождение». Из этой статьи явствует, что во время Давида уже были врачи не только общего профиля, но и с различными узкими специальностями, как например, хирурги, акушеры, причем эти специалисты несли за свои действия более строгую ответственность [1].

С точки зрения судебной медицины, важное значение имеют статьи относительно происшествий, для правильного понимания которых был необходим глубокий научный анализ и заключение специалиста. Такого научного разъяснения, например, требует следующий случай, предусмотренный в «Канонах» Давида: «Если мать во сне придавит ребенка, или ребенок, оставшись без присмотра, упадет в огонь и сгорит, назначать матери эпитимию на 5 лет».

Относительно более полное представление об уровне развития судебной медицины в средневековой Армении мы получаем из «Судебника» Мхитара Гоша, созданного в эпоху широкого развития феодальных отношений в Армении. «Армянский судебник» составлен по предложению католикоса Агванка Степана II. «Судебник» Мхитара Гоша представляет собой национальный свод законов, состоящий из трех частей: Введение – 11

глав, Церковные каноны – 124 главы и Светские законы – 130 глав. Необходимость составления «Армянского судебногоника» Гош мотивирует тем, что отсутствие своих законов вынуждает армян обращаться к магометанским законам, которые решают вопросы либо в пользу магометан, либо вообще не дают никакого ответа на научный вопрос [4].

«Судебник» Мхитара Гоша применялся как в самой Армении, так и в армянских колониях: в Крыму и в Польше. Эчмиадзинский Синод руководствовался «Судебником» Гоша вплоть до конца XIX века. «Судебник» Гоша включал все разновидности существовавших и распространенных в то время преступлений. Основное место уделялось тем из них, которые были направлены против жизни и здоровья человека: убийствам, нанесению телесных повреждений, изнасилованию, искусственному прерыванию беременности, преднамеренным или халатным действиям врачей, наносящим ущерб больному и т.д. В отличие от предшествующих кодифицированных актов, «Судебник» Мхитара Гоша предусматривает более строгие санкции наказания.

Статья 117 «Судебника» Гоша рассматривает различные виды преднамеренного (умышленного) и непреднамеренного (неумышленного) убийства. Здесь же он предлагает классификацию этих разновидностей, способ отличия их друг от друга и приводит множество примеров.

Все это, безусловно, относится, в первую очередь, к области юриспруденции, однако приведенный в данном разделе «Судебника» ряд положений представляет большой интерес и с точки зрения судебной медицины, так как мы имеем основание убедиться, как детально и разносторонне разбирались все обстоятельства, условия, методы совершенного преступления. Отличить убийство от несчастного случая конечно невозможно без детального исследования трупа. И наконец, Мхитар Гош описывает возможные преступные действия самого врача, который может быть обвинен в халатности, в заинтересованности причинить вред больному, следствием чего может и быть смерть последнего,

рассматриваемая как случайное или преднамеренное убийство. Врач подлежит осуждению, если по неопытности ошибается в диагнозе, применяет лекарства, не разбираясь в них, или назначает их заочно, ленясь осмотреть больного, в результате чего последний умирает. Врач несет ответственность и за своего ученика, если неправильно проводимое последним лечение приводит к смерти.

Из содержания 119 статьи видно, что Мхитар Гош обладал знаниями в области современной ему медицины – выдвигаемые им в «Судебнике» вопросы кажутся незначительными лишь на первый взгляд. На самом деле это очень важные специальные вопросы, знание которых, по нашему мнению, в судебно-медицинском отношении представляет большой интерес. Как показывают исследования, средневековые правоведы были весьма взыскательны к врачам. Вот содержание статьи 119 «Многие из врачей наносят немало вреда или тем, что испытывают лекарства на других, или злоумышленно убивают лекарствами; или по невежеству дают больному вредоносное лекарство, или по неопытности своей не умеют распознать болезни и вследствие этого причиняют смерть больному; или относятся к больному беспечно и причиняют вред больному из-за того, что не получают оплаты в ожидаемом ими размере; или из зависти к своим ученикам обучают их неправильно; ученики же со своей стороны по незнанию творят много бед; или же врачи сами или через своих учеников вводят в больных пороки других болезней; все эти преступления мы называем умышленными. Неумышленно же, когда вред происходит от беспечности лиц, ухаживающих за больными; или же от самого же больного; или когда больного лечат не по указаниям врача; или же когда врач не может явиться к больному вследствие какой либо крайней необходимости и больной умирает; или когда врач сознательно дает лекарство жизни, но оно вызывает смерть.

Точно таким же образом надо судить и в случаях врачевания путем удаления и прижигания больной части тела. Врачи, виновные в умышленном убийстве, если вред, причиняемый ими обнаружится (не по их признанию),

подлежит суду уголовному; если же вред станет известным вследствие их признания, предаются эпитимии, установленной для умышленного убийства.

Врач, причинивший вред неумышленно, освобождается от ответственности обоих видов (уголовного и церковного). Смешанное же преступление (умышленное и неумышленное) карается по обоим видам ответственности».

Спустя приблизительно 80 лет после появления «Судебника» Мхитара Гоша в 1265 году был составлен «Судебник» Смбата Спарапета (Гундстабеля) или «Киликийский судебник». Автор этого судебника Смбат Спарапет был крупным государственным деятелем в Киликийской Армении, историком, дипломатом и мудрым полководцем. В своем судебнике Смбат, как и его предшественники, отводит специальное место преступным действиям врачей; в одних случаях они рассматривались как преднамеренные, и в других – как результат неосторожности или халатности. В отличие от судебника Мхитара Гоша, Смбат, в случае, если «ошибка совершена не по умыслу и не случайно, а посередине», обвиняет врача «для утешения и напоминания об осторожности другим». Вот, что сказано об этом в статье 179: «Великое дело – врачебное искусство, необходимое для исцеления людей, однако множество убийств происходит вследствие ошибочного его применения. Происходит это иногда преднамеренно, иногда бывает от того, что врач не ведует и не узнает болезнь, вследствие чего убивает больного или он завидует коллеге и поэтому (вызывает смерть), или же это происходит потому, что врачи выпускают своих учеников преждевременно, еще незрелыми и дают им полномочия. Очень часто причиной (смерти) является то, что (врачи) путают одни болезни с другими, и все подобные случаи перед законом считаются преднамеренным убийством; частично же вина на стороне больного или вследствие непослушания больного или от питания или от работы, или от прочих подобных причин, или она происходит от неосторожности служителей (больницы). Далее еще может случиться, что врач будучи очень занят,

совершая (непоправимую) ошибку, не пойдет к больному, или же даст лекарство для облегчения, а оно вызовет ухудшение; то же самое может произойти и от вскрытия, удаления или прижигания раны. Все это надо расследовать и уточнить, если ошибка совершена преднамеренно или по небрежности, то сделавший ее должен поплатиться жизнью, как виновник смерти. Но если ошибка невольная, в чем сам он признается, то он подлежит покаянию. А если дело попадает в суд и будет доказано, что ошибка совершена не по умыслу и не случайно, но находится посередине, то его надо присудить к денежному штрафу и тюрьме по достоинству для устрашения и напоминания об осторожности другим» [7].

Таким образом, в средневековой Армении уровень развития медицины и врачебного искусства не уступал медицине других, современных ей государств. Мы считаем, что в Армении в ту пору существовала самобытная, высококвалифицированная судебная медицина, так как по требованию закона могли выявлять все виды врачебного правонарушения, которые могли допустить врачи того времени.

Литература

1. Абрамян А. Каноны Давида, сына Алавка. Журнал Эчмиадзин. Ереван, 1953, но. 24, 26, 27,34 (каноны 49-77).
2. Авакян Н.М. Макарян Е.А., Торосян А.С. Очерки истории медицины. Ереван, 1970.
- 3, Брюсов В.Я. Летопись исторических судеб армянского народа. Москва,1940, 87.
4. Мхитар Гош. Армянский судебник. Ереван, 1954, глава V, 9, 10, 150, 151, 214-216, 217, 218.
5. Оганесян Л.А.История медицины в Армении, 1947. Ереван. 115-120.
6. Самвелян Х. История древнеармянского права. Т.1.Ереван, 1939, 7.
7. Смбат Спарапет. Судебник. Ереван. 1971, 144-190.

ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ (НА ПРИМЕРЕ ДВУХ СЛУЧАЕВ)

П.В. Васюков, Н.А. Ковайкин, Е.В. Аврелькина, к.м.н., В.Ю. Гавричков

БУ «Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Чувашской Республики, г. Чебоксары

Аннотация: Проблема установления причинно-следственной связи в судебно-медицинской экспертизе состоит в отсутствии единого подхода к решению поставленных следственными органами задач. В данной статье представлены две экспертизы по материалам дел, общим для которых является наличие ятрогенного повреждения, полученного во время анестезиологического пособия. Несмотря на схожесть, имеются нюансы, обуславливающие подход экспертной комиссии к установлению причинно-следственной связи между дефектом оказания медицинской помощи и смертью пациента. Надеемся, что представленный подход к установлению связи «ошибка-последствие», будет интересен не только судебно-медицинским экспертам, но и другим медицинским работникам.

Ключевые слова: ятрогенное повреждение, врачебная ошибка, дефект, причинно-следственная связь, постинтубационные повреждения.

APPROACH TO THE ASSESSMENT OF IATROGENIC INJURIES DURING TRACHEAL INTUBATION (ON THE EXAMPLE OF TWO CASES)

*E.V. Avrelkina, P.V. Vasyukov, N.A. Kovaikin, V.Yu. Gavrichkov
Budgetary Institution «Republican Bureau of Forensic Medical Examination» of the
Ministry of Health of the Chuvash Republic, Cheboksary*

Summary: The problem of a causal relationship in forensic medicine is the lack of a unified approach to solving the tasks set by the investigating authorities. This article presents two cases of an iatrogenic injury received during anesthesia. Despite the similarity, there are nuances that determine the approach of the expert commission to establishing a causal relationship between the defect of medical care and the patient's death. We hope that the presented approach to establishing the «error-consequence» connection will be of interest not only to forensic experts, but also to other medical professionals.

Keywords: iatrogenic injury, medical error, defect, causal relationship, post-intubation injury.

Актуальность: Установление причинно-следственной связи (ПСС) в практике эксперта – одна из ключевых задач, которая закреплена в определении судебно-медицинской экспертизы [1-3]. Но, несмотря на закреплённые в законе обязанности судебно-медицинского эксперта, отсутствие унифицированного подхода к решению вопроса ПСС, к сожалению, остается актуальным на и сегодняшний день. В оправдание сложившейся ситуации можно сказать, что данная часть работы судебной

медицины появилась относительно недавно, в начале XX века [3], как следствие, учебные пособия немногочисленны и принадлежат они разным «школам» русской судебной медицины и нередко противоречат друг другу [3].

Особое значение имеет отсутствие единого подхода в установлении причинно-следственных связей при производстве экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел в отношении профессиональных правонарушений медицинских работников. В качестве дефекта оказания медицинской помощи могут выступать ятрогенные повреждения. Стоит оговориться, под словосочетанием «ятрогенные повреждения», мы имеем в виду его определение в широком смысле, а именно любые инвазивные мероприятия, проводимые на пациенте, в понятие которых входят и дефекты оказания медицинской помощи. Исходя из вышесказанного, следует всегда помнить, что во время лечебных процедур не обойтись без закономерных рисков, например, разрез при аппендэктомии можно расценить как повреждение, причинившее тяжкий вред здоровью, но при этом, если не провести данную манипуляцию, то пациента могут ждать более трагичные последствия.

В работе врача каждый выполняемый им элемент профессиональной деятельности должен быть обоснованным, своевременным, выполненным технически правильно с соблюдением всех предусмотренных условий и мер безопасности, без риска причинения вреда здоровью, только если этот вред не подразумевается самим характером медицинского вмешательства, на которое больной дал свое согласие [1, 4–6]. Оценка причинно-следственной связи между нарушением какого-либо условия и усугублением патологического процесса, является сутью работы эксперта в данном случае [4–6]. Степень причиненного врачом вреда здоровью пациента оценивается по разнице между последствием, которое наступило и должно было (а в случае осуществления медицинского вмешательства с нарушением мер

безопасности – могло) наступить при надлежащим исполнении профессиональных обязанностей [5].

Цель работы: Показать подход к оценке ятрогенных повреждений, который применяется врачами отдела сложных и комиссионных экспертиз Бюджетного учреждения «Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Материалы и методы: В качестве примера нашего подхода к оценке дефекта оказания медицинской помощи, мы приведем две экспертизы по материалам дела, которые проводились в отделе сложных и комиссионных экспертиз Бюджетного учреждения «Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Чувашской Республики. Общим для обеих экспертиз было наличие ятрогенных повреждений, причиненных во время анестезиологического пособия.

Результаты и обсуждения: В первой экспертизе по материалам дела, больная О., 64 года, поступила на плановую операцию в центральную районную больницу своего города. Оперативное вмешательство осуществлялось с целью лечения кисты правого яичника. При предоперационном обследовании анестезиологом, никаких осложнений или препятствий для проведения интубации трахеи выявлено не было. По данным медицинской документации, интубация прошла успешно и без осложнений. Через два часа после экстубации у пациентки развилась клиника дыхательной недостаточности, было отмечено наличие подкожной эмфиземы на грудной клетке, шее. Однако лечащими врачами данное состояние (судя по записям в медицинской документации) было расценено как последствие пневмоперитонеума (нагнетание в брюшную полость газа во время проведения лапароскопической операции). Должное лечение пациентке не проводилось. Только через четверо суток после операции, пациентка с КТ-признаками медиастинита, флегмоны средостения, полисегментарной двусторонней пневмонии, лимфоаденопатии средостения, двустороннего гидроторакса, эмфиземы мягких тканей грудной клетки, шеи, была

переведена в профильное – торакальное отделение одной из ведущих региональных больниц. Несмотря на правильно проводимое в торакальном отделении лечение, включающее в себя ряд операций, состояние пациентки прогрессивно ухудшается и наступает смерть. По результатам патологоанатомического вскрытия, дополнительных методов исследования, проведенных в рамках рассматриваемой экспертизы, было установлено наличие разрыва стенки пищевода с развитием гнойного медиастинита. Экспертной комиссией (в составе которой помимо судебно-медицинских экспертов были высококвалифицированные врачи-специалисты: торакальный хирург и рентгенолог), на основании изучения представленной документации, было установлено, что в данном случае оказания медицинской помощи была нарушена техника выполнения медицинской манипуляции, а именно: на этапе проведения анестезиологического пособия в ходе проведения операции, имела место проблема с обеспечением проходимости верхних дыхательных путей (введение интубационной трубки в просвет пищевода), однако данная проблема, в нарушение клинических рекомендаций («Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей в стационаре» (второй пересмотр), актуальных в период рассматриваемых событий, не была зафиксирована в медицинской карте стационарного больного, что, помимо прочих причин, также могло способствовать поздней диагностике повреждения пищевода. Затем, несмотря на возникшую в послеоперационном периоде клиническую симптоматику, наличие разрыва пищевода лечащими врачами заподозрено не было. В свою очередь, отсутствие предположения о разрыве пищевода не позволило своевременно реализовать необходимую диагностическую программу, для уточнения причины развития подкожной эмфиземы и своевременного назначения соответствующего лечения.

Во втором случае женщина Г., 1966 года рождения, поступила в стационар своего города с диагнозом «закрытый перелом наружной лодыжки правого голеностопного сустава», где ей в плановом порядке провели

операцию «остеосинтез перелома наружной лодыжки и дистального межберцового синдесмоза правой голени 1/3 трубчатой пластиной и винтами» под общим наркозом. При развитии у пациентки после экстубации в послеоперационном периоде клиники дыхательной недостаточности, лечащими врачами в экстренном порядке был проведен комплекс лечебно-диагностических мероприятий, позволивших своевременно выявить разрыв трахеи, стабилизировать состояние пациентки и начать рекомендованное консультантом (врачом торакальным хирургом) лечение. Выбранная тактика консервативного лечения разрыва трахеи в виде искусственной вентиляции легких с отдельной интубацией правого главного бронха и антибактериальной терапии была клинически обоснованной, своевременной и достаточной. В период лечения разрыва трахеи состояние пациентки оставалось компенсированным: стабильные показатели функции дыхания, отсутствие нарастания «газового синдрома», отсутствие внутриплеврального кровотечения, инфекционных осложнений. Отмечалась положительная динамика в виде снижения выраженности подкожной эмфиземы и уменьшения количества воздуха в средостении (по данным контрольной рентгенографии). На вторые сутки после операции, на фоне проводимого лечения, состояние пациентки резко ухудшилось, произошла остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия к восстановлению сердечной деятельности не привели, была констатирована биологическая смерть. Причиной смерти Г. явилась тупая травма правой нижней конечности в виде закрытого оскольчатого перелома наружной лодыжки и заднего края большеберцовой кости с подвывихом правой стопы, осложнившаяся тромбозом глубоких вен правой нижней конечности с развитием тромбоэмболии правой легочной артерии и острой легочно-сердечной недостаточности. Учитывая, что частота повреждений трахеи при плановых интубациях низкая (0,05-0,19%) [7]; каких-либо индивидуальных особенностей пациентки, способных оказать влияние на процесс интубации (при осмотре врачом анестезиологом) отмечено не было; пациентка была

интубирована кривым средним клинком эндотрахеальной трубкой № 7 (с первой попытки); при правильно проведенной интубации трахеи, раздуваемая манжетка эндотрахеальной трубки должна располагаться в начальных отделах трахеи, но ниже гортани (то есть – непосредственно ниже голосовых связок); разрыв мембранозной части трахеи локализован в нижней части трахеи, непосредственно над уровнем бифуркации; разрыв мембранозной части трахеи часто возникает вследствие перераздувания либо быстрого раздувания манжетки интубационной трубки, а также при манипуляциях с интубационной трубкой (подтягивание и др.) при раздутой манжетке, экспертная комиссия пришла к выводу о том, что на этапе проведения анестезиологического пособия, был допущен дефект оказания медицинской помощи – была нарушена техника интубации и/или экстубации трахеи и/или не осуществлялся контроль за уровнем расположения эндотрахеальной трубки в ходе операции, что привело к ятрогенному повреждению – разрыву мембранозной части трахеи непосредственно над уровнем бифуркации трахеи.

Выводы: В первом случае, при анестезиологическом пособии во время проведения плановой операции, было причинено ятрогенное повреждение – разрыв шейного отдела пищевода. Анестезиолог явно осознал, что при первом введении трубки попал в пищевод и исправил ситуацию, но никаким образом не отметил трудности проведения интубации в медицинской документации, и не был насторожен в отношении своей ошибки, что в дальнейшем способствовало поздней диагностике разрыва пищевода, несвоевременному назначению соответствующего лечения и наступлению смерти пациентки в результате разрыва пищевода через ряд гнойно-септических осложнений с развитием полиорганной недостаточности. Экспертной комиссией была установлена прямая причинно-следственная связь, между дефектом оказания медицинской помощи, приведшем к причинению разрыва пищевода и неблагоприятным исходом – смертью пациентки.

Во втором случае в результате нарушения техники проведения анестезиологического пособия было причинено ятрогенное повреждение в виде разрыва мембранозной части трахеи с переходом на левый главный бронх. При этом лечащие врачи со всей ответственностью и настороженностью отнеслись к сложившейся ситуации, проведенный в экстренном порядке комплекс лечебно-диагностических мероприятий, позволил стабилизировать состояние пациентки и предотвратил развитие гнойно-септических осложнений. Смерть пациентки все же наступила, но не от дефекта оказания медицинской помощи, а от осложнения основного заболевания (состояния) – травмы правой нижней конечности – тромбоза правой легочной артерии вследствие тромбоза глубоких вен травмированной конечности с развитием острой легочно-сердечной недостаточности.

Экспертной комиссией установлено отсутствие прямой причинно-следственной связи между дефектом оказания медицинской помощи, приведшем к причинению разрыва трахеи и неблагоприятным исходом – смертью пациентки. В то же время, учитывая, что ятрогенное повреждение было причинено вследствие нарушения техники проведения анестезиологического пособия, экспертной комиссией установлено наличие прямой причинно-следственной связи между дефектом оказания медицинской помощи, приведшем к причинению разрыва трахеи и другим неблагоприятным исходом – разрывом грудного отдела трахеи (с кровоизлиянием в мягкие ткани средостения с развитием пневмомедиастинума и подкожной эмфиземы).

Литература

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ.
2. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 N 194н (ред. от 18.01.2012) «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 13.08.2008 N 12118).
3. Семина Т.В., Клевно В.А., Гусев А.Ю., Веселкина О.В. Уголовная

ответственность врача в современной России. МОНОГРАФИЯ. Москва: Проспект, 2021.

4. Альшевский В.В. Методика судебно-медицинского исследования при производстве экспертизы в уголовном судопроизводстве по делам о причинении врачом вреда здоровью пациента (сообщение 1). МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО (MEDICAL LAW). 2018; №4: 28-32.

5. Альшевский В.В. Методика судебно-медицинского исследования при производстве экспертизы в уголовном судопроизводстве по делам о причинении врачом вреда здоровью пациента (сообщение 2). МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО (MEDICAL LAW). 2018; №5: 44-19.

6. Альшевский В.В. Методика судебно-медицинского исследования при производстве экспертизы в уголовном судопроизводстве по делам о причинении врачом вреда здоровью пациента (сообщение 3). МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО (MEDICAL LAW). 2018; №6: 21-25.

7. Базаров Д.В., Еременко А.А., Бабаев М.А., Зюляева Т.П., Выжигина М.А., Кавочкин А.А., Кабаков Д.Г., Чундокова М.А. Разрыв трахеи интубационной трубкой при эндоваскулярной имплантации аортального клапана. ХИРУРГИЯ. 2017; №7: 54-58.

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ РАССЛЕДОВАНИЯ КАК ГАРАНТИЯ ЮРИДИЧЕСКИ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

*д.ю.н., проф. В.Ю. Владимиров^{1,2}, С.О. Родионова³,
д.м.н., проф. А.В. Лукьяненко^{4,5}, к.м.н. П.В. Минаева^{2,6}*

¹ФГКОУ ВО «Академия управления Министерства внутренних дел Российской Федерации», Москва

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва

³ГБУЗ города Москвы «Городская клиническая больница № 1 имени Н.И. Пирогова Департамента здравоохранения города Москвы», Москва

⁴ФКУЗ «Главный клинический госпиталь Министерства внутренних дел Российской Федерации», Москва

⁵ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств», Москва

⁶ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России, Москва

Аннотация: *Статья посвящена необходимости объективизации расследования дел по случаям профессиональных правонарушений медицинскими работниками и отграничения их от иных деяний, не подлежащих уголовно-правовому регулированию, но сходных по некоторым признакам объективной стороны. С учетом накопленного опыта и на основе обобщения ранее сформулированных методических рекомендаций, озвученных научных докладов и публикаций, сформулированы некоторые тактические решения, направленные на повышение уровня правового обеспечения медицинской помощи, совершенствование информационно-юридической значимости информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказ от него.*

Предложения, сформулированные авторами, представляют научный и практический интерес и направлены на объективизацию доследственных проверок и расследование преступлений, совершаемых медицинскими работниками.

Ключевые слова: *судебно-медицинская экспертиза, дефект медицинской помощи, риск, медицинская помощь, информированное добровольное согласие.*

OBJECTIVIZATION OF THE INVESTIGATION AS A GUARANTEE OF LEGALLY PROTECTED MEDICAL ACTIVITIES

V.YU. Vladimirov^{1,2}, S.O. Rodionova³, A.V. Lukyanenko^{4,5}, P.V. Minaeva^{2,6}

¹*Academy of Management of Russian Ministry of Internal Affairs, Moscow*

²*Russian Medical Academy of Continuing Professional Education Russian Ministry of Health, Moscow*

³*City Clinical Hospital № 1 named after N.I. Pirogov of the Department of Health of Moscow, Moscow*

⁴*Main Clinical Hospital of Russian Ministry of Internal Affairs, Moscow*

⁵*Moscow State University of Food Production, Moscow*

⁶*Federal Center of Forensic Medical Expertise Russian Ministry of Health, Moscow*

Summary: *The article is devoted to the need to objectify the investigation of cases of professional offenses by medical workers and distinguish them from other acts that are not subject to criminal law regulation, but are similar in some signs of the objective side. Based on accumulated experience and generalization of previously formulated methodological recommendations, sounded scientific reports and publications, some tactical decisions are formulated aimed at increasing the level of legal support for medical care, improving the informational and legal significance of informed voluntary consent to medical intervention or refusing it. The proposals formulated by the authors are of scientific and practical interest and are aimed at objectifying pre-investigation checks and investigating crimes committed by medical workers.*

Keywords: *forensic medical expertise, defect in medical care, risk, medical care, informed voluntary consent.*

Введенная статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ) норма требования к медицинским организациям об оформлении информированного добровольного согласия пациента на проведение медицинского вмешательства и отказа от него (далее – ИДС) была прежде всего обусловлена пациентоориентированностью правовых норм [1]. Коммерциализация медицины и формализация отношений «врач-пациент» нивелировали как их доверительный характер, так и устоявшееся веками положение о том, что сам факт обращения пациента к врачу являлся подтверждением его согласия на получение медицинской помощи в любой из форм.

В настоящее время отношения «врач-пациент» преобразовались в «врач-потребитель», а медицинская помощь – в оказание услуг. При этом, законодателем до настоящего времени не дано четкого разграничения категории отношений, возникающих при оказании медицинской помощи пациентам как бесплатно в рамках реализации программы государственных гарантий за счет средств обязательного медицинского страхования, так и по любой из форм возмездного договора.

Все это вкупе с регулярно подогреваемыми средствами массовой информации новостными сюжетами о «делах врачей», нарастание неудовлетворенностью процесса оказания медицинской помощи (*«не принял после окончания рабочего дня», «не улыбался на приеме», «не выписал рецепт на удобный препарат»*) и желанием получения финансовой компенсации привели к скачкообразному росту социальной напряженности, повлекшему злоупотреблением правом в виде норм Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» (далее – Закон № 2300-1) [2].

Кроме того, все это отразилось на позиции судебно-следственных органов и органов прокуратуры, и теперь каждый случай смерти пациента – это не только юрисдикция врача, но и повод для возбуждения уголовного дела. Возложение на медицинских работников бремени доказывания отсутствия вины, зачастую без квалифицированной юридической поддержки, необходимость прохождения процедур допросов, психологическое давление – все это крайне негативно отражается на главной функции врачей, которая состоит в оказании медицинской помощи, а не в удовлетворении пожеланий так называемых «клиентов».

Конечно, многолетняя практика межведомственного обсуждения данного вопроса наметила положительные сдвиги: снизилась частота возбуждения уголовных дел по статье 105 «Убийство» Уголовного кодекса Российской Федерации (далее – УК РФ) [3] в случае наступления летального исхода в медицинской организации, а внедрение подготовленных

методических рекомендаций «О некоторых особенностях правового обеспечения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство» [4] в работу ряда медицинских организаций убедительно показало, что юридически грамотное оформление ИДС является надежной гарантией от необоснованного привлечения медицинских работников к ответственности не только в сфере уголовного, но и гражданского судопроизводства. Однако частота проведения доследственных проверок в отношении врачей все равно остается на высоком уровне, а ряд авторов настаивают на том, что риски при оказании медицинской помощи возможно конкретизировать, что является предпосылкой для нивелирования юридического значения оформляемых ИДС вследствие неопределенности риска [5].

И если все же возникает необходимость проведения процессуальных действий, весь процесс расследования должен в первую очередь отвечать критериям объективности, а не базироваться на эмоциональных воззрениях одной из сторон.

Одним из действенных механизмов объективизации процесса взаимодействия «врач-пациент» и исключения возможности необоснованного привлечения к уголовной ответственности медицинского работника является грамотное формирование содержательной части ИДС с учетом положений статьи 41 УК РФ «Обоснованный риск».

Примером из экспертной практики является оформление ИДС в одной из Европейских стран, которое имеет структуру многостраничного документа с подробным разъяснением о заболевании, вариантах его лечения, предоперационной подготовке, описанием и схематичным изображением планируемого медицинского вмешательства (включая разные варианты и возможные осложнения каждого из этапов), перспективах лечения, течения послеоперационного периода и важных аспектах в изменении самочувствия на протяжении периода оказания медицинской помощи. Также в документе приводится опросник пациента, указаны основные моменты

консультационной беседы с врачом, только после этого расположены варианты подписания согласия и отказа от медицинского вмешательства.

Бесспорно, составление фолиантов по каждой нозологии нецелесообразно, но необходимость совершенствования подхода к составлению ИДС настоятельно имеется.

Следует отметить, что даже в странах с высоко развитой системой страхования врачебных ошибок в ИДС перечень осложнений и рисков не является закрытым, дается их «общая оценка» и наиболее часто встречающиеся на разных этапах лечения, указывается влияние на их частоту сопутствующих заболеваний и индивидуальных особенностей, а также факт вероятности дальнейшего лечения и оперативных вмешательств при возникновении «опасных для жизни обстоятельств».

Пациент дает добровольное согласие не на риск или возможность вреда здоровью, как утверждают отдельные авторы [5], а на медицинское вмешательство. Кроме того, последствия могут быть отсрочены по времени, зависеть не от оказанной медицинской помощи, а от правильности соблюдения рекомендаций пациентом на этапе реабилитации. Также не стоит забывать о возможности развития непрогнозируемых аллергических реакций (вплоть до анафилактического шока), также отсутствующих в анамнезе пациента даже при проведении аналогичных процедур.

Информация об этой категории рисков (непрогнозируемых) также должна быть частью предоставляемой в ИДС информации для принятия осознанного решения пациентом и исключения ошибочных оценочных суждений и выводов по результатам оказанной медицинской услуги.

Степень достижения запланированного результата также часто формулируется в виде вопроса на разрешение судебно-медицинской экспертной комиссии, хотя относится к экспертизе качества медицинской помощи. С учетом специфики подготовительного и послеоперационного периодов, которые определяются, в том числе как индивидуальными особенностями пациента, так и наличием сопутствующих заболеваний,

выполнением рекомендаций, желаемый эффект (результат) не всегда достигается в течение планового периода, иногда затягиваясь на продолжительное время, а в отдельных случаях может и не наступить.

В современных ИДС, к сожалению, не указаны условия и ответственность пациента за соблюдение врачебных назначений на всех этапах лечебно-диагностического процесса. Однако именно невыполнение рекомендаций может оказать весомый вклад в не достижение результата лечения.

Отдельным вопросом является составление особых форм ИДС в случаях получения медицинской помощи некоторыми категориями пациентов: с патологией органа зрения или слуха, недееспособными, несовершеннолетними в присутствии законного представителя.

Для слабовидящих могут быть использованы электронные формы доведения информации с использованием специальных клавиатур по Брайлю, при отсутствии таковых, информация должна быть полностью зачитана пациенту вслух. Разъяснения по вопросам пациентов с ограничениями по слуху должны даваться письменно, распечатка прилагаться к ИДС. Правовая неопределенность существует с подписанием ИДС пациентов с психическими заболеваниями, не лишенных дееспособности, поскольку полученное согласие должно коррелироваться с возможностью пациента осознавать в момент подписания свои действия и происходящие события, или же должны указываться основания для принятия по данному психическому состоянию пациента решения врачебной комиссией (врачом-психиатром) об оказании медицинской помощи без согласия пациента в установленном порядке.

Требуется также правовая определенность в ситуациях, когда пациент после получения информации о всех способах лечения выбирает и настаивает на проведении вмешательства, которое с точки зрения врача (его знаний и опыта) представляется наименее рациональным и сопряженным с большим риском (например, оперативное лечение лапароскопическим

доступом при наличии показаний к проведению лапаротомии). Фактически, в этом случае ИДС должно содержать указание на противоречие мнения врача (консилиума) с выбором пациента, который осознает риски и принимает ответственность выбора на себя.

Целесообразным видится разъяснение пациентам, при оказании платных медицинских услуг, что термин «медицинская услуга-медицинское вмешательство» регулируется положениями Федерального закона № 323-ФЗ, но никак не Закона № 2300-1 (поскольку «векторно противоположен» регулируемому им понятию «услуга»). Закон № 2300-1 при возникновении риска наступления неблагоприятных последствий подразумевает немедленное приостановление (прекращение) оказания услуги, в то время как, Федеральный закон № 323-ФЗ предписывает в качестве необходимого предварительного условия доведение до пациента в доступной форме информации о характере медицинского вмешательства и связанном с ним риске, а также возможных последствиях, то есть наличие риска законодательно закреплено и является «отправной точкой» медицинского вмешательства.

Следовательно, содержательная часть ИДС должна быть достаточно информативной, четко структурированной в соответствии с содержанием статьи 41 УК РФ:

1) достижение общественно полезной цели (поддержание или восстановление здоровья):

- а) информация о конкретных целях оказания медицинской помощи;
- б) информация о методах и предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;
- в) информация о возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства;

2) информация о невозможности достижения цели иными, не связанными с риском действиями, которая должна содержать сведения о характере риска для жизни и (или) здоровья пациента, его причинной связи с

определённым медицинским вмешательством либо несоблюдением рекомендаций и ограничений в течение подготовительного и реабилитационного периодов и т.д.;

3) информация о принятии достаточных мер для предотвращения или минимизации возможности наступления вреда жизни и здоровью, которая должна содержать сведения о наличии на момент осуществления медицинского вмешательства соответствующих специалистов, медицинского оборудования, медикаментов и т.п.

Обязательно следует подчеркнуть важнейшую роль судебно-медицинской экспертизы в объективизации расследования, заключающуюся не только в установлении фактов, свидетельствующих о наличии дефектов (недостатков) оказания медицинской помощи, но и прямой (непосредственной или опосредованной) причинно-следственной связи с наступившими последствиями.

Таким образом, перечисленные меры административно-правового характера позволят медицинским организациям не только оптимизировать договорные отношения с пациентом, но и максимально объективизировать процедуру информирования, что будет способствовать, в свою очередь, бесконфликтному разрешению споров между медицинской организацией и пациентом (его родственниками и законными представителями), а также объективизации судопроизводства, в части обязательного и объективного обеспечения реализации требований совокупности норм Общей части УК РФ (статьи 39 и 41) и норм уголовно-процессуального законодательства: «Обстоятельства исключаящие преступность и наказуемость деяния», «Обстоятельства, которые могут повлечь за собой освобождение от уголовной ответственности и наказания», содержащихся в статье 73 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации «Обстоятельства, подлежащие доказыванию» на всех стадиях уголовного преследования [3, 6], особенно на стадии проведения доследственных проверок.

Литература

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/.
2. Закон Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей». Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_305/.
3. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ. Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/.
4. Владимиров, В.Ю., Потокова, М.Е., Шмаров, Л.А., Романенко, Г.Х. О некоторых особенностях правового обеспечения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство: методические рекомендации. – М.: 2020. – 25 с.
5. Кузнецов, С.В. Методология экспертного сопровождения расследования преступлений по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи: монография / С.В. Кузнецов. – 2-е изд., изм. и доп. – М.: РУСАЙНС, 2021. – 350 с.
6. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ. Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34481/.

АНАЛИЗ КОМИССИОННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В СЛУЧАЯХ, СВЯЗАННЫХ С ДЕФЕКТАМИ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

С. Г. Воеводина¹, д.м.н., профессор Е. Х. Баринов²

¹ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗ г. Москвы», г. Москва

²Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва

Аннотация: Актуальность проблемы обусловлена тем, что работа на догоспитальном этапе, особенно в условиях скорой медицинской помощи, предполагает сложности диагностики различных нозологических форм. В свою очередь, непонимание пациентами основ врачебной деятельности приводит к увеличению конфликтов на догоспитальном этапе. Поэтому целью данной работы было проанализировать заключения комиссионных судебно-медицинских экспертиз и изучить основные причины возникновения не только ненадлежащих исходов оказания скорой медицинской помощи, но и причины жалоб пациентов (или их родственников) в правоохранительные органы.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, пациент, судебно-медицинская экспертиза, ненадлежащий исход оказания медицинской помощи.

ANALYSIS OF COMMISSION FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS IN CASES ASSOCIATED WITH DEFECTS IN THE PROVISION OF EMERGENCY MEDICAL CARE

S.G. Voevodina¹, Professor E.Kh. Barinov²

¹GBUZ "Bureau of Forensic Medical Examination of the Department of Health of Moscow", Moscow

²Moskovsky State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimova Ministry of Health of Russia, Moscow

Summary: *The relevance of the problem is due to the fact that work at the prehospital stage, especially in ambulance, involves the complexity of diagnosing various nosological forms. In turn, patients' misunderstanding of the basics of medical practice leads to an increase in conflicts at the prehospital stage. Therefore, the purpose of this work was to analyze the conclusions of the commission forensic medical examinations and to study the main causes of not only improper outcomes of ambulance, but also the causes of complaints from patients (or their relatives) to law enforcement agencies.*

Keywords: *ambulance, patient, forensic medical examination, improper outcome of medical care.*

Актуальность. Неисполнение либо ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками не только нарушает конституционное право граждан на медицинскую помощь, но и посягает на первостепенные ценности – жизнь и здоровье людей.

Отмечается постоянная, четкая тенденция к назначению судебно–медицинских экспертиз по уголовным и гражданским искам к учреждениям здравоохранения, а также к отдельным медицинским работникам.

Судебно-медицинская экспертиза случаев ненадлежащего оказания скорой медицинской помощи основывается на том, что правильная, своевременная, квалифицированная медицинская помощь пациентам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства [1], является важным медицинским мероприятием, направленным на спасение и сохранение жизни.

При оценке качества и безопасности медицинской помощи специалисты должны принимать во внимание критерии качества и следование установленным научно-обоснованным стандартам (отражающим основные характеристики медицинской услуги: адекватность, эффективность, экономичность, научно-технический уровень) на всех этапах оказания скорой медицинской помощи, которые включают: временной

фактор (незамедлительный выезд при получении вызова, проведение обследования, лечения и медицинской эвакуации); правильность установления ведущего синдрома и предварительного диагноза заболевания (состояния) [2]; осуществление медицинской эвакуации; соблюдение правил этики и деонтологии; правил информирования пациента (законного представителя) или его родственников; экономическую эффективность (отношение между стандартной стоимостью на услуги и фактической).

Целью данной работы было проанализировать заключения комиссионных судебно-медицинских экспертиз и изучить основные причины возникновения не только ненадлежащих исходов оказания скорой медицинской помощи, но и причины жалоб пациентов (или их родственников) в правоохранительные органы.

Материалы и методы. В ходе проведения данного исследования было проанализировано 129 заключений комиссионных судебно-медицинских экспертиз по уголовным и гражданским делам, проведенных в ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗ г. Москвы» с 2010 по 2020 гг., выполненных в связи с ненадлежащим оказанием скорой медицинской помощи.

Результаты и обсуждение. При проведении исследования было установлено, что в большинстве случаев причиной жалоб граждан в правоохранительные органы являются не только дефекты оказания скорой медицинской помощи, но и эτικο-деонтологические взаимоотношения между сотрудниками скорой помощи и пациентами.

Следует отметить, что в ряде случаев в отношении медицинских работников скорой медицинской помощи возбуждались уголовные дела без достаточных оснований. В своем горе родственники не всегда в состоянии объективно оценить действия медицинских работников, что часто и является поводом для обращения в следственные и судебные инстанции. Такие случаи составляют 75% от всех исследованных. Нередко и сами медицинские работники дают повод для жалоб, так как не умеют должным образом

объяснить больному и его родственникам сложность возникшей ситуации, а также настоять на госпитализации. Подобные случаи составили 80% от всех исследуемых. В 5% случаев жалобы были направлены на длительность ожидания бригады скорой медицинской помощи, поздний приезд бригады на вызов или невозможность приезда бригады врачей к пациенту из-за загруженности медицинских работников, а также на нежелание медицинских работников удовлетворить их желания. Лишь в 20% случаев были выявлены диагностические и лечебно-тактические ошибки при оказании скорой медицинской помощи.

Обращало на себя внимание, что в 70% случаев медицинская документация заполнялась довольно небрежно. Следует отметить и тот факт, что ненадлежащее оформление медицинской документации является поводом для вынесения судебного решения не в пользу лечебного учреждения или отдельного врача [3].

Для примера приведём наблюдение из экспертной практики.

По уголовному делу в отношении врача станции скорой медицинской помощи М., последнему было предъявлено обвинение в неоказании медицинской помощи гр-ну Е., 69 лет, который ночью, в темноте, по неосторожности ударился о спинку кровати, при этом получил травму грудной клетки, сопровождавшуюся локальными переломами трех ребер слева. При осмотре потерпевшего, на следующий день после происшествия, врач ССМП М. отметил неудовлетворительное состояние больного, но не исключил возможности неосложненного перелома ребер, в связи с чем рекомендовал больному выехать на автомашине скорой помощи в больницу для производства рентгенологического обследования. Однако больной категорически отказался последовать совету врача, в связи с чем ему был предписан строгий постельный режим и рекомендовано на следующий день самостоятельно сходить в поликлинику по месту жительства, на обследование. Больной же рекомендации не соблюдал, в поликлинику за медицинской помощью не обращался, продолжал вести привычный образ

жизни. Через три дня состояние больного резко ухудшилось, и он был экстренно госпитализирован в стационар, где в приемном отделении была констатирована смерть больного.

По заключению экспертной комиссии действия врача ССМП М. при описанном состоянии больного и при отказе последнего от дополнительного рентгенологического обследования следует признать правильными, показаний для экстренной госпитализации пациента в тот период не было. Оказанная больному медицинская помощь соответствовала правильно установленному диагнозу, и при сложившихся обстоятельствах (отказ больного от инъекции анальгетика и от рентгенологического обследования) ее следует признать достаточно полной. Последующий разрыв межреберной артерии и развитие внутреннего кровотечения в левую плевральную полость у больного произошел на 3-и сутки после травмы на фоне нарушения им предписанного строгого постельного режима и активного выполнения домашней работы, сопровождавшейся значительными физическими нагрузками. Это привело к повторному травмированию костными отломками поврежденного ребра мягких тканей в области перелома с повреждением межреберной артерии. Исходя из изложенного, экспертная комиссия не усмотрела причинной связи между летальным исходом травмы у гр-на Е. и действиями врача ССМП М., оказывавшему медицинскую помощь пострадавшему. Суд вынес в отношении врача ССМП М. оправдательный приговор [4].

В данном конкретном случае комиссия экспертов не выявила каких-либо дефектов при оказании экстренной медицинской помощи пациенту. Приведенный в пример случай свидетельствует, что не всегда жалобы пациентов или их родственников на некачественное оказание медицинской помощи подтверждаются в ходе комиссионной судебно-медицинской экспертизы при наличии объективных данных исследований.

Выводы. На основании изложенного, весьма актуальным становится выявление основных обстоятельств, способствующих возникновению

ошибок и осложнений в практике скорой медицинской помощи по данным комплексного клинического, судебно-медицинского и правового исследования, а разработка и обоснование рекомендаций по предупреждению конфликтов и случаев возникновения уголовной и гражданской ответственности в медицинской практике позволят защитить права врача скорой медицинской помощи.

Очевидно и то, что проблема качества и безопасности оказания медицинской помощи непосредственно связана с вопросами профессиональных ошибок и дефектов медицинской помощи. Этим вопросам всегда уделялось серьезное внимание, о чем свидетельствует серия работ, в которых рассматривались вопросы правового регулирования взаимоотношений между врачом и пациентом, медико-экспертной оценки деятельности медицинских работников, социологические аспекты конфликта.

Вместе с тем, проведенные научные исследования не исчерпывают всего многообразия вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи больным [3, 4].

Литература

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 02.07.2021) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.10.2021); Статья 35. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь
2. Министерство Здравоохранения Российской Федерации Приказ От 20 Июня 2013 г. N 388н Об Утверждении Порядка Оказания Скорой, В Том Числе Скорой Специализированной, Медицинской Помощи
3. Баринов Е.Х. Обвинения врачей не всегда бывают обоснованными// Главный врач: хозяйство и право. – 2011. - № 5. – С.51- 52.
4. Воеводина С.Г., Печерей И.О., Баринов Е.Х. Был ли виновен врач скорой медицинской помощи// Медицинская экспертиза и право. – 2016. - №3. – С.41-42.

ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ УГОЛОВНОГО ДЕЛА О СУРРОГАТНОМ МАТЕРИНСТВЕ ДЛЯ ГРАЖДАН КНР

д.м.н., профессор О.А. Дмитриева¹, Н.В. Накцова²

¹ГБУЗ Приморское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы, Владивосток
²ФГБОУ ВО Тихоокеанский медицинский университет Минздрава России, Владивосток

Аннотация: *Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) представляют собой методы лечения бесплодия, при которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (суррогатное материнство, использование донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов). Суррогатное материнство в ряде стран считается вспомогательной репродуктивной технологией и подкрепляется юридическим соглашением, в других странах находится вне закона и считается формой торговли людьми. На основании анализа собственных наблюдений (комиссионных судебно-медицинских экспертиз по поводу половых состояний и дефектов оказания медицинской помощи) и опубликованных сведений о суррогатном материнстве наглядно продемонстрировано несовершенство законодательной базы по данному вопросу.*

Ключевые слова: *судебно-медицинская экспертиза, суррогатное материнство, дефекты оказания медицинской помощи, эмбрион-незаконный рынок.*

DEFECTS IN PROVIDING MEDICAL ASSISTANCE DURING THE INVESTIGATION OF THE CRIMINAL CASE ON SURROGACY FOR PRC CITIZENS

Dmitrieva O.A.,¹ Naktsova N.V.²

¹GBUZ «Primorsky regional Bureau of forensic medical examination», Vladivostok
²Pacific State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Vladivostok

Summary: *Assisted reproductive technologies (ART) are infertility treatment methods in which some or all stages of conception and early development of embryos are carried out outside the mother's body (surrogate motherhood, the use of donor and (or) cryopreserved germ cells, tissues of the reproductive organs and embryos). Surrogacy in some countries is considered assisted reproductive technology and is supported by a legal agreement, in other countries it is illegal and is considered a form of human trafficking. Based on the analysis of our own observations (commission forensic medical examinations regarding sexual conditions and defects in the provision of medical care) and published information on surrogate motherhood, the imperfection of the legislative framework on this issue is clearly demonstrated.*

Keywords: *forensic medical examination, surrogate motherhood, defects in medical care, embryo-illegal market.*

Актуальность проблемы определяется современным развитием медицины в области репродуктивных технологий, что привело к появлению новых общественных отношений, иных правовых конструкций и

презумпций. В Семейном кодексе РФ появился новый термин «суррогатная мать». Эта норма ограничивается лишь упоминанием о возможности государственной регистрации ребенка, рожденного суррогатной матерью, при наличии согласия последней (п. 4 ст. 51) [1]. Нелегальные услуги суррогатного материнства становятся общемировой проблемой. Так, правоохранительные органы Казахстана раскрыли преступную схему, по которой «злоумышленники» искали в России и Казахстане молодых женщин, готовых за деньги стать суррогатной матерью. Медицинскую процедуру, после которой наступала беременность, им проводили в Камбодже, а роды принимали в Красноярске. Детей (19 новорожденных) должны были отправить в Китай, но этому помешала пандемия коронавируса.

По данным Общества репродуктивной медицины (ASRM), Китай является лидером по приезжающим в Россию за услугами суррогатного материнства, поскольку в КНР такие процедуры запрещены и юридический статус ВРТ (вспомогательных репродуктивных технологий) в законодательстве Китая отсутствует. Остаются открытыми вопросы этической и нравственной составляющей. Самыми востребованными для китайцев городами в России стали те, где одновременно есть высокотехнологичные клиники с услугой ЭКО, и генконсульство их страны - Москва, Петербург, Казань и Новосибирск [2, 3]. Этот прибыльный бизнес нередко работает и по серым схемам. Неизвестно сколько китайских детей находится на территории РФ. Большой общественный резонанс вызвало расследование уголовного дела, возбужденного в январе 2020 года по ч. 1 ст. 109 УК РФ («Причинение смерти по неосторожности»), пп. «б», «г», «з» ч. 2 ст. 127.1 УК РФ. В одной из квартир г. Одинцово Московской области обнаружен труп младенца, рожденного суррогатной матерью и переданного представителям расположенной в Москве организации для возможной последующей его продажи за пределы РФ. В этой же квартире находились трое малолетних детей без соответствующих документов. Дети рождены суррогатными матерями для граждан Республики Филиппины. Летом 2020

года возбуждено уголовное дело по пп. «а», «б», «г», «з» ч. 2 ст. 127.1 УК РФ, в ходе расследования которого установлено, что в квартире в Москве обнаружено пятеро младенцев, рожденных в 2020 году суррогатными матерями. Аналогичные дела возбуждались в Ленинградской области и в Красноярском крае, в рамках которых услуги по суррогатному материнству оказывались для граждан КНР. Необходимость чёткого правового регулирования ВРТ становится очевидной.

Цель исследования – на основании анализа собственных наблюдений и опубликованных сведений о суррогатном материнстве показать несовершенство законодательной базы (на момент проведения экспертиз) по данному вопросу, препятствующее однозначному ответу на поставленные следствием вопросы.

Материал и методы. В ГБУЗ «ПК БЮРО СМЭ» поступили постановления о назначении комиссионных судебно-медицинских экспертиз в связи с расследованием уголовного дела «по признакам преступления, предусмотренного ч. 3 ст. 30 и п. «в» ч. 3 ст. 127.1 УК РФ, то есть куплю-продажу человека, в отношении двух и более лиц, а также несовершеннолетнего, с перемещением потерпевшего через Государственную границу РФ, в отношении лица, заведомо для виновного находящегося в беспомощном состоянии, совершенные организованной группой...».

Проведены 9 комиссионных судебно-медицинских экспертиз с включением в состав экспертной комиссии врачей акушера-гинеколога, репродуктолога и уролога-андролога. Следственными органами поставлены следующие основные вопросы: 1. Действительно ли имелось бесплодие у граждан КНР; 2. Какой алгоритм лечения бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий должен применяться в соответствии с действующим законодательством РФ в каждом конкретном случае.

Результат и обсуждение. Медицинские работники из различных

городов РФ, в том числе из Владивостока, заранее объединились в организованную группу для осуществления систематической деятельности по торговле детьми, рожденными суррогатными матерями, возмездной передачи этих детей в распоряжение покупателям и последующего перемещением их через Государственную границу РФ. В период с 01.01.2019 по 29.02.2021 года ими были найдены покупатели новорожденных детей из числа граждан КНР, с которыми заключили договора об оказании услуг по организации проведения процедур ЭКО, а также – лица женского пола в качестве суррогатных матерей, с каждой из которых заключили договоры о заместительном вынашивании беременности суррогатной матерью. При этом участники организованной группы были осведомлены о том, что в соответствии с российским законодательством суррогатное материнство может применяться в случае невозможного вынашивания и рождения ребенка женщиной по медицинским показаниям с использованием половых клеток потенциальных родителей. Однако, действуя из корыстных побуждений, за вознаграждение обязались организовать незаконное проведение процедуры ЭКО суррогатным матерям с использованием мужских половых клеток граждан КНР и заранее приисканных ооцитов. У суррогатных матерей родились дети, которых поместили под присмотр нанятого лица в арендованные квартиры. В ЗАГС для регистрации были представлены медицинские справки о процедуре ЭКО и анкетные данные детей, чтобы легально переместить их через Государственную границу РФ. Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и приказом Министерства здравоохранения РФ от 30.08.2012 № 107-н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» не предусмотрено применение ВРТ для одиноких лиц мужского пола [4, 5]. Представившим документы лицам было отказано в регистрации. Таким образом, дети не были перемещены в КНР и находятся в домах ребенка на территории РФ.

Во всех экспертизах выявлены дефекты оказания медицинской помощи (ДМП) организационно-тактического, диагностического характера, а также - дефекты ведения медицинской документации как в отношении граждан КНР, так и в отношении суррогатных матерей. Дефекты ведения медицинской документации в представленных медицинских картах были столь значительны, что не позволили экспертной комиссии судить о наличии мужского бесплодия в каждом конкретном случае. При этом, согласно данным судебно-медицинских экспертиз вещественных доказательств (образцов буккального эпителия) в целях определения спорного отцовства, биологическое отцовство граждан КНР определено с вероятностью более 99,99%. Биологическое материнство суррогатных матерей исключено.

Таким образом, результаты судебно-медицинских экспертиз не позволили установить действительную нуждаемость биологических родителей – граждан КНР мужского пола в проведении ВРТ, в том числе – и на территории РФ.

Граждане КНР, желающие стать родителями, нередко выбирают Россию, поскольку в РФ искусственное оплодотворение делается качественно и законно, а стоимость процедуры значительно меньше даже по сравнению со странами, где суррогатное материнство разрешено. Однако наряду с легальным суррогатным материнством существует и нелегальный рынок подобных услуг, что превращает суррогатное материнство в общемировую проблему. Проблема в КНР столь велика, что китайские ученые разрабатывают роботизированную «искусственную матку» (систему искусственного интеллекта) для безопасного роста плодов. Эта система в настоящее время контролирует большое количество эмбрионов опытных животных. Такая технология помогает обнаруживать мельчайшие признаки изменений в эмбрионах и точно настраивать потребление питательных веществ, в дальнейшем может устранить необходимость для женщины вынашивать своего ребенка, позволяя плоду расти более безопасно и эффективно вне ее тела. Это может стать прорывом для будущего

деторождения в стране, где уровень рождаемости самый низкий за последние десятилетия [6]. В мировой практике отношение к суррогатному материнству неоднозначно: правовые системы одних государств его законодательно разрешают, других – запрещают, третьих – не содержат правовой регламентации. Отсутствие единого подхода порождает ситуацию, когда граждане одного государства пересекают границу другого государства с целью осуществления своих репродуктивных прав посредством реализации указанного вида ВРТ. Возникают новые правоотношения, осложненные иностранным элементом [7, 8]. До сих пор в Европейских странах и странах Юго-Восточной Азии отсутствует единое мнение о законности суррогатных методов и законного признания отношений между родителями и детьми, зачатými с помощью таких технологий на территории иностранного государства в соответствии с внутренним правом страны. Большинство правовых актов не сформулировали какого-либо определенного отношения к суррогатному материнству, в связи с чем эти отношения часто входят в «серую зону» права [9]. Проведенные судебно-медицинские экспертизы выявили биологическое отцовство граждан КНР при отсутствии медицинских документов, однозначно подтверждающих их бесплодие, что не позволяет судить о невозможности зачатия обычным путем на территории КНР и значительно усложняет расследование. В приведенном примере с незаконным экстракорпоральным оплодотворением, пострадали более всего дети, до настоящего времени находящиеся в домах ребенка. Особое внимание в нашей стране уделено новейшим тенденциям и подходам, связанным с принятием постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 16 мая 2017 г. № 16 «О применении судами законодательства при рассмотрении дел, связанных с установлением происхождения детей». При этом обращено внимание как на публично-правовые, так и на частноправовые аспекты исследуемого института.

В РФ (на момент проведения экспертиз) определены следующие требования к суррогатным мамам и заказчикам (ФЗ № 323):

- Суррогатные мамы могут вынашивать только генетически «чужих» эмбрионов. Им запрещено одновременно быть донором яйцеклетки;

- Суррогатный «малыш» для потенциальных родителей (супругов /партнеров) должен быть генетическим ребенком хотя бы одного из них, и суррогатное «дитя» для одинокой женщины должно быть ее родным ребенком (то есть запрещено одновременное использование донорских ооцитов и донорской спермы);

- Одиноким мужчины не могут участвовать в программе суррогатного материнства;

- Уточнены лицензионные требования: для работы с ВРТ нужна лицензия по акушерству и гинекологии (использованию ВРТ), для обследования пациенток перед ВРТ и для медпомощи с использованием искусственной инсеминации нужно иметь обе «акушерские» лицензии, для обследования мужчин – участников ВРТ нужна лицензия по урологии, для транспортировки криоматериалов – лицензию по транспортировке половых клеток и (или) эмбрионов, и (или) тканей репродуктивных органов (для медорганизации) либо лицензию на транспортировку биологического материала (для сторонних организаций);

- Рекомендуемая длительность обследования для установления причин бесплодия – не более полугода с момента обращения пациентов по данному поводу (ранее – 3-6 месяцев);

- Вводится базовая программа ВРТ. Если нет противопоказаний к ЭКО, то базовая программа ВРТ (в том числе с криоконсервацией и переносом криоконсервированных эмбрионов) проводится за счет ОМС. А генотипирование, использование донорской спермы, донорских ооцитов и донорских эмбрионов оплачивается за счет личных средств пациентов;

- Показания для криоконсервации биоматериалов: хранение половых клеток, эмбрионов и/или тканей репродуктивных органов по желанию пациента, в том числе в случае «отложенного материнства»;

- Из ограничений к ЭКО исключены наследственные заболевания,

сцепленные с полом, у женщин (гемофилия, мышечная дистрофия Дюшенна, ихтиоз, связанный с X-хромосомой, амиотрофия нервальная Шарко – Мари и другие). Пациенты, имеющие высокий риск рождения детей с наследственными заболеваниями, подтвержденный результатами генетического обследования одного или обоих родителей, и нуждающиеся в проведении ПГТ, направляются для применения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов независимо от статуса фертильности;

- Базовая программа ВРТ разрешает перенос в матку не более 2-х эмбрионов, а пациенткам с отягощенным акушерским анамнезом и патологией матки показан селективный перенос 1 эмбриона;

- Новое показание к использованию донорской спермы – отрицательный Rh-фактор и тяжелая Rh-изоиммунизация у жены (партнерши), при наличии положительного Rh-фактора у мужа (партнера);

- Установлены сроки годности результатов медобследований для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ и искусственной инсеминации [10].

Одновременно обновлены перечень противопоказаний к применению ВРТ и искусственной инсеминации, формы медицинских документов, связанных с ВРТ, а также Положение об организации деятельности центра (лаборатории, отделения) ВРТ. Однако возможность взаимодействия с иностранными медицинскими организациями и/или частными лицами (иностранцами) не урегулированы [11,12].

Таким образом, назрела необходимость в разработке международной нормативной базы, регулирующей суррогатное материнство как в конкретно взятой стране, так и на уровне межправительственных соглашений. Все медицинские организации, оказывающие услуги по программе ВРТ должны быть под постоянным наблюдением контролирующих органов.

Литература

1. Пленум Верховного Суда Российской Федерации от 16 мая 2017 г. № 16 «О применении судами законодательства при рассмотрении дел, связанных с установлением происхождения детей». Российская газета. 2017; №110.
2. Андрианов А.В. О проблемах законодательства РФ в сфере применения программ суррогатного материнства. Юридический вестник СамГУ. 2015; Т.1. №1: 17-23.
3. Журавлёва С.П. Правовое регулирование договора о суррогатном материнстве в РФ: автореф. Дис. Канд.юрид.наук-М., 2011.-27с.
4. Приказ Минздрава России от 30.08.2012 N 107н (ред. от 01.02.2018) "О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению". Минюст России. 2013; N 27010
5. Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 N 223-ФЗ. Российская газета. 2007.
6. Stephen Chen. Chinese scientists are developing an artificial womb to protect the growth of fetuses and a robotic babysitter to monitor and care for them. South China Morning Post. 2022.
<https://www.scmp.com/news/china/science/article/3165325/chinese-scientists-create-ai-nanny-look-after-babies-artificial>
7. Пестрикова А.А. Проблемы договора о суррогатном материнстве. Гражданское право. 2006; № 2: 14-17.
8. ФЗ от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Российская газета. 2012; №263.
9. Самойлов В.В. Российское и зарубежное семейное законодательство о применении вспомогательных репродуктивных технологий. Семейное и жилищное право. 2010; №3: 7-11.
10. Иваева Э.А. Проблемы реализации конституционных прав человека в РФ на примере суррогатного материнства: автореф. Дис. Канд.юрид.наук - М, 2004. -22 с.
11. Мамонов В.В. Биоэтика в контексте законодательства и правоприменения (суррогатное материнство). Частное право.2019; №1: 29-38.
12. Пестрикова А.А. Обязательства суррогатного материнства. Дис. канд. юрид. наук. - М, 2007.202.

ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННАЯ СВЯЗЬ МЕЖДУ ДЕЙСТВИЯМИ ВРАЧА И ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧЕРЕПНО- МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

к.м.н, доцент О.Б. Долгова^{1,2}

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург

²Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Екатеринбург

Аннотация: Установление причинно-следственной связи между действиями врача и смертью пациента при производстве судебно-медицинской экспертизы качества медицинской помощи обязательно. Основой судебных решений в настоящее время являются выводы экспертных комиссий в составе государственных судебно-медицинских экспертов. Судебно-следственные органы не обладают специальными медицинскими познаниями, оценка качества экспертных выводов в ряде случаев затруднительна. Объективность, обоснованность и правильность заключений экспертных комиссий может обеспечить унифицированный подход к формулировке экспертных суждений. Необходим контроль качества судебно-медицинских экспертиз, определяющих решения суда в отношении медицинских организаций и лечащих врачей.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, качество медицинской помощи, своевременность диагностики, летальный исход, причинно-следственная связь.

CAUSAL RELATIONSHIP BETWEEN THE ACTIONS OF A DOCTOR AND A FATAL OUTCOME AS A RESULT OF A TRAUMATIC BRAIN INJURY

O.B. Dolgova^{1,2}

¹Ural State Medical University Russian Ministry of Health, Ekaterinburg

²State Autonomous Healthcare Institution of the Sverdlovsk Region «Bureau of Forensic Medical Examination», Ekaterinburg

Summary: Establishing a connection between the actions of a doctor and the death of a patient during a forensic medical examination of the quality of medical care is mandatory. The basis of court decisions is currently the conclusions of expert commissions consisting of state forensic medical experts. The judge and the investigator do not have special medical knowledge, the assessment of the quality of expert conclusions is sometimes difficult. A unified approach to the formulation of expert conclusions can make the conclusion objective, reasonable and correct. Quality control of forensic medical examinations is necessary because it determines court decisions regarding medical organizations and doctors.

Keywords: forensic medical examination, quality of medical care, timeliness of diagnosis, fatal accident, connection of cause and effect.

Умение врачей признавать свои ошибки, обнародовать их и делать из этого правильные выводы позволяет не допустить повторения, становится наукой для медицинского сообщества [1]. Важным в ходе анализа качества

диагностики и лечения является четкая и верная интерпретация медицинских данных как самими врачами, так и юристами, поскольку окончательная правовая оценка наступивших последствий является исключительной прерогативой следственных и судебных органов [2]. Одной из наиболее сложных проблем является установление причинно-следственной связи между действиями (бездействиями) врача и смертью пациента [3]. В настоящее время отсутствует унифицированный подход к оценке неблагоприятных исходов в медицинской практике в ходе работы судебно-медицинских экспертных комиссий, в том числе и в вопросах определения причинно-следственных связей; судебная и следственная практика противоречива, не способствует ни профилактике «медицинских» преступлений, ни удовлетворению интересов потерпевших [3]. Важным в сложившейся ситуации представляется формулировка судебно-медицинскими экспертными комиссиями по материалам «врачебных» дел истинных и безупречных выводов как основы судебных решений.

Для исключения субъективности суждения государственных судебно-медицинских экспертных комиссий материалы дела зачастую для производства экспертизы направляются в другой регион. Так в Заключении экспертной комиссии бюро, территориально расположенном вне места произошедшего события (г. Екатеринбург), была установлена прямая причинная связь между бездействием врача и смертью пострадавшей В., 82 лет, от черепно-мозговой травмы (ЧМТ). Пациентка находилась в терапевтическом стационаре по поводу пневмонии 7 суток, врач обвинен в несвоевременной диагностике травмы, отсроченности лечения и причинении смерти пациентке.

На основании обращения главного врача клинической базы к ректору ФГБОУ ВО УГМУ МЗ РФ случай смерти В. рецензирован на кафедрах с последующим выступлением представителей профессорско-преподавательского состава университета в судебных заседаниях.

Рассмотрены вопросы о причинно-следственной связи между смертью

В. и действиями врачей, о причинении врачами вреда здоровью В., о своевременности медицинской помощи при наличии тяжелой ЧМТ, точном времени образования травмы, соотношения указанного времени образования травмы головы и возможности диагностики ЧМТ в условиях стационара.

Пациентка В. поступила в стационар с клинической картиной пневмонии, которая была своевременно диагностирована, лечение соответствовало протоколам и клиническим рекомендациям, определено экспертной комиссией как правильное, эффективное, отмечена положительная динамика состояния пациентки в течение 7 суток пребывания в терапевтическом отделении больницы.

По результатам как первичной судебно-медицинской экспертизы трупа В., так и повторной комиссионной экспертизы, причиной смерти В. стала тяжелая ЧМТ в виде совокупности повреждений головы, обнаруженных и описанных врачом-судебно-медицинским экспертом при исследовании трупа, кроме того, в ходе производства комиссионной экспертизы дополнительно выявлено кровоизлияние в желудочки головного мозга при повторном исследовании компьютерной томограммы. Морфологически ЧМТ у пострадавшей В. представлена «линейным переломом затылочной кости ... длиной 7 см»; начало перелома в проекции точки приложения травмирующей силы в затылочной области – кровоподтек и кровоизлияние в покровные ткани головы, «кровью в заднем роге правого бокового желудочка» – по данным КТ, выполненной на 7 сутки от момента поступления в стационар, подострой субдуральной гематомой (80 мл), очаговым субарахноидальным кровоизлиянием над лобной долей, ушибом мозга в виде «очага размягчения вещества лобной доли... 3x2x1 см», «багрово-желтоватых кровоподтеков и кровоизлияний в височной области слева с переходом на наружный угол глаза, в левой заушной области, в затылочной области слева». Морфология ЧМТ свидетельствует о вероятном получении травмы при падении на затылок на плоскости.

Поскольку причиной смерти В. стала тяжелая ЧМТ, не вызывает

сомнений, что между травмой головы и смертью пострадавшей имеется прямая причинная связь, что было в качестве вывода представлено как при первичной экспертизе трупа, так и при повторной комиссионной экспертизе в другом субъекте РФ.

Однако экспертной комиссией одновременно был сделан вывод и о прямой причинной связи действий врача-терапевта со смертью пациентки, который, с одной стороны, не причинял пациентке В. ЧМТ, но, по мнению экспертной комиссии, своевременно ее не диагностировал, тем самым причинив смерть.

Таким образом, экспертная комиссия пришла к выводу о двух прямых причинно-следственных связях смерти пациентки с событиями, не имеющими прямого отношения друг к другу: одновременно смерть наступила от тяжелой травмы головы и в результате несвоевременной диагностики травмы.

Указанное умозаключение противоречит существующими законам формальной логики [4], поскольку формальная логика определяет установление истины только в одном из несвязанных друг с другом фактов. Кроме того, указанный вывод комиссионной экспертизы противоречит п. 24 Медицинских критериев квалифицирующих признаков тяжести вреда здоровью, утвержденных Приказом № 194н МЗиСР РФ от 24 апреля 2008 г. [5], на основании которого исключено причинение вреда здоровью пациентки поздними сроками начала лечения, а ухудшение ее самочувствия связано непосредственно с характером и тяжестью травмы.

Течение тяжелой травмы имело свои особенности, подчинялось общим закономерностям, стало причиной неблагоприятного исхода. Вмешательство (или невмешательство) врачей в этом случае не имеет отношения к возникновению травмы, не связано с ЧМТ патогенетически, существует само по себе, не влияет на оценку тяжести травмы. Эти два процесса в силу чуждости своей природы, разноплановости в сравнении, не могут стоять на одной чаше весов при оценке неблагоприятного исхода. Таким образом, не

может одновременно быть установлена прямая причинная связь между травмой и наступлением смерти, а также между действием (бездействием) врачей и наступлением смерти.

По мнению потерпевшей стороны и судебно-медицинской экспертной комиссии травма головы у пациентки В. была получена перед ее поступлением в терапевтическое отделение стационара, травма диагностирована несвоевременно, на 7 сутки пребывания в больнице, после чего пострадавшая переведена в профильную медицинскую организацию, где скончалась на 8 сутки с момента поступления. Таким образом, в условиях стационаров В. провела 14 дней. Основанием для вывода комиссионной экспертизы о получении травмы перед поступлением в больницу стал характер субдуральной гематомы в варианте подострой.

Давность ЧМТ у В. профессорско-преподавательским составом кафедр университета устанавливалась на основании морфологических признаков переживания травмы – макроскопических и микроскопических, а также на основании данных клинической картины, характеризующей время образования ЧМТ.

Морфологические признаки ЧМТ, главным образом микроскопические, свидетельствуют о том, что травма головы В. получена в период, составляющий временной промежуток более 3 – 7 суток до момента ее смерти. Таким образом, ЧМТ действительно могла быть получена перед поступлением в больницу, но не в терапевтическое отделение, а в отделение травматологии при получении травмы от падения с высоты роста в терапевтическом отделении. Однозначно и более точно время получения ЧМТ по морфологическим данным определить не представилось возможным, однако временную границу позволяет уточнить клиническая картина травмы головы. Состояние пострадавшей и симптомы, связанные с ЧМТ, определялись характером и объемом повреждения.

Следует отметить, что натек крови через промежуток времени из поддурального пространства в желудочки головного мозга через отверстия

Мажанди и Люшка полностью исключен в связи с особенностями локализации и морфологии субарахноидального кровоизлияния, таким образом внутрижелудочковое кровоизлияние в виде жидкой крови образовалось одновременно с другими проявлениями травмы – переломом костей, ушибом головного мозга и др.

Кровоизлияние в желудочки головного мозга, перелом костей черепа, ушиб головного мозга размерами 3x2x1 см, субдуральная гематома объемом 80 мл сразу после получения совокупности указанных повреждений определяли тяжелое состояние, в котором В. обнаружил врач на утреннем обходе на 7 сутки лечения – с потерей сознания, тяжелой неврологической симптоматикой, нарушением функций органов и систем.

Подобная травма головы не могла протекать без жалоб и объективных клинических симптомов, которые у В. при наличии пневмонии в терапевтическом стационаре не диагностировались (Таблица 1).

Таблица 1. Клиническая картина, определяющая время получения В. травмы головы

Клинические признаки, исключающие тяжелую ЧМТ в период нахождения в терапевтическом отделении	Клинические признаки, характеризующие наличие тяжелой ЧМТ утром на 7 сутки пребывания в терапевтическом отделении
<p>1 сутки – ясное! сознание, по шкале комы Глазго 15 баллов, положение активное, больная четко определяет жалобы в связи с пневмонией</p> <p>1 сутки – отсутствие очаговой симптоматики, которая может характеризовать ушиб мозга, отсутствие общемозговой тяжелой неврологической симптоматики</p> <p>1 сутки– стабильные показатели гемодинамики: АД 120/80, ЧСС 80</p> <p>1 сутки– полное отсутствие жалоб со стороны центральной нервной системы</p>	<p>СОСТОЯНИЕ ТЯЖЕЛОЕ:</p> <p>сознание отсутствует, жалоб в связи с нарушением сознания не предъявляет, нарушение глотания, положение пассивное, то есть полностью отсутствуют самостоятельные целенаправленные движения</p>
<p>2 сутки – ясное! сознание, четкая речь, перемещается по палате самостоятельно</p> <p>2 сутки – отсутствие очаговой неврологической симптоматики и общемозговой – нет тошноты, рвоты, головной боли и др.</p> <p>2 сутки – стабильные показатели гемодинамики</p>	
<p>3 сутки - ясное! сознание, четко предъявляет жалобы, отмечает сниженную активность из-за слабости</p>	
<p>3 сутки – стабильные показатели гемодинамики –</p>	

Клинические признаки, исключающие тяжелую ЧМТ в период нахождения в терапевтическом отделении	Клинические признаки, характеризующие наличие тяжелой ЧМТ утром на 7 сутки пребывания в терапевтическом отделении
АД 130/80, ЧСС 78	
4 сутки - ясное! сознание, четко предъявляет жалобы, 4 сутки – ходит по палате в ночное время! 4 сутки - стабильные показатели гемодинамики – АД 120/60, ЧСС 98	
5 сутки - ясное! сознание, четко предъявляет жалобы, 5 сутки – положительная динамика, стала более активна, в пределах постели 5 сутки - стабильные показатели гемодинамики – АД 120/60, ЧСС 98	

Имеющиеся клинические и морфологические данные свидетельствуют о следующем: травма головы стала причиной тяжелого состояния пациентки на 7 сутки пребывания в стационаре, получена незадолго до осмотра ее лечащим врачом-терапевтом утром; ЧМТ диагностирована на основании объективных клинических данных, подтверждена результатами КТ, своевременно; решение о лечении в профильном травматологическом стационаре – своевременное.

Следует отметить возможную причину нарушения координации движений у В., указанных в обстоятельствах дела – пошатывание, потеря равновесия, спонтанные падения – злокачественная опухоль оболочек головного мозга; оценка указанного факта не отражена в выводах экспертной комиссии.

Представленные судам трех инстанций (районный, областной, кассационный) выводы рецензентов из числа профессорско-преподавательского состава медицинского университета не приняты в качестве доказательства, врач признан виновным в смерти пациентки, требования многочисленных истцов о компенсации морального вреда в связи со смертью родственницы удовлетворяются полностью.

Таким образом, в настоящее время существует проблема унификации подхода к формулировке экспертных выводов по вопросам оценки качества

медицинской помощи, в составе судебно-медицинских экспертных комиссий должны работать представители высшей медицинской школы – профессора и доценты, для работы в отделах сложных комиссионных экспертиз бюро судебно-медицинской экспертизы нецелесообразно привлекать врачей с минимальным стажем экспертной работы, не имеющим квалификационной категории и опыта работы в других отделах и отделениях бюро судебно-медицинской экспертизы, качество государственных экспертиз по «врачебным» делам должно быть представлено на высоком профессиональном уровне, в программах циклов дополнительного профессионального образования для врачей судебно-медицинских экспертов следует рассматриваться вопросы оценки качества медицинской помощи.

Литература

1. Багмет А.М. Без осложнений медицины не бывает. Актуальные проблемы медицины и биологии. 2018; 2: 6-10.
2. Быков Е.Г., Яшков С.А. О возможности правовой оценки некачественного оказания медицинских услуг, повлекшего смерть пациента, по ст. 238 УК РФ. Вестник Московского университета. Право. 2018; 6 (11): 80-94.
3. Галкин Д.В. Проблемы установления вины врача по делам о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи. Актуальные проблемы медицины и биологии. 2018; 2: 43-45.
4. Зяблова Т.Е., Комарова Я.Б. Об особенностях текста закона [Электронный ресурс]. Право. 2020: 161-166. Режим доступа <https://cyberleninka.ru/article/n/ob-osobennostyah-teksta-zakona> (дата обращения 02.02.2022 г.)
5. Приказ от 24.04.2008 г. № 194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека». М: МЗ РФ, 2008.

ПРОБЛЕМА ИНТЕРПРЕТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИМИ ЭКСПЕРТНЫМИ КОМИССИЯМИ И СОТРУДНИКАМИ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ

к.м.н., доцент О.Б. Долгова^{1,2}, к.м.н., доцент Б.Б. Яцинюк^{3,4}

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург

²Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Екатеринбург

³Бюджетное учреждение высшего образования «Ханты-мансийская государственная медицинская академия», Ханты-Мансийск

⁴Бюро судебно-медицинской экспертизы Ханты-мансийского автономного округа – Югры, Ханты-Мансийск

Аннотация: Судебно-медицинские экспертные комиссии по материалам одного дела могут представлять разные выводы, поскольку отсутствует единый подход к интерпретации медицинских данных. Отказ от ответов на вопросы следствия и суда не всегда обоснован. Разные выводы при ответах на одинаковые вопросы создают трудности для следствия и суда в принятии решений, поскольку юристы не обладают специальными медицинскими познаниями, не могут оценить качество экспертиз. В настоящее время существует необходимость обучения врачей по программам дополнительного профессионального образования для работы в отделах сложных комиссионных экспертиз бюро судебно-медицинской экспертизы, качество экспертиз требуется высокое, обоснованные выводы не должны быть противоречивыми и вызывать сомнений, целесообразен контроль качества выводов экспертных комиссий по «врачебным» делам.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, качество медицинской помощи, летальный исход, причинно-следственная связь, рабдомиолиз.

DIFFICULTY OF INTERPRETATION OF MEDICAL DATA BY FORENSIC EXPERT COMMISSIONS AND LAW ENFORCEMENT OFFICERS

O.B. Dolgova^{1,2}, B.B. Yatsinyuk^{3,4}

¹Ural State Medical University Russian Ministry of Health, Ekaterinburg

²State Autonomous Healthcare Institution of the Sverdlovsk Region «Bureau of Forensic Medical Examination», Ekaterinburg

³Budgetary institution of Higher education «Khanty-Mansiysk State Medical Academy», Khanty-Mansiysk

⁴Bureau of Forensic Medical Examination of Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug - Yugra, Khanty-Mansiysk

Summary: Forensic expert commissions on the materials of one case may present different conclusions, because there is no unified approach to the assessment of medical data. Refusal to answer the questions of the investigation and the court in some cases is not justified. Different conclusions when answering the same questions create difficulties for the investigation and the court in making decisions, because lawyers do not have special medical knowledge, they cannot assess the quality of examinations. There is a need to train doctors in additional

professional education programs to work with complex commission examinations in the Bureau of forensic medical examination, the quality of expertise should be high, reasonable conclusions should not be contradictory and doubtful. Quality control of the conclusions of expert commissions on «medical» cases is necessary.

Keywords: *forensic medical examination, quality of medical care, fatal accident, connection of cause and effect, rhabdomyolysis.*

Оценка качества медицинской помощи – один из самых сложных видов судебно-медицинских комиссионных экспертиз. Всегда в ходе расследования и рассмотрения дел в отношении врачей есть сторона, которую не удовлетворяют выводы экспертной комиссии, что влечет за собой ходатайства о назначении экспертиз по имеющимся материалам дела в другие регионы. Причины противоречивых выводов последующих и предшествующих экспертиз различны, в том числе среди причин можно назвать отсутствие единого подхода к оценке медицинских и немедицинских фактов, отсутствие достаточного объема методической литературы для формулировки выводов, профессиональную компетентность экспертных комиссий, значительную экспертную нагрузку отделов, отсутствие контроля качества экспертиз указанного вида. Это ведет к тому, что следствие и суд вынуждены принимать решение, не имея возможности оценить качественную составляющую экспертных выводов; правильность решений медицинскому сообществу в некоторых случаях представляется сомнительной.

В представленных экспертной комиссии ГАУЗ Свердловской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (ГАУЗ СО «БСМЭ») материалах уголовного дела в отношении врачей (ч. 2 ст. 293 УК РФ – халатность, ч. 2. ст. 124 УК РФ – неоказание помощи больному) по случаю смерти пациента К., 20 лет, имелись данные о том, что на воинской службе в результате неуставных отношений К. был принужден к чрезмерной физической нагрузке – 500 приседаний с гирей 24 кг в руках. На 3 сутки после нагрузки он госпитализирован в стационар медицинского батальона, проводилась терапия по установленному диагнозу: «Миозит мышц поясничного отдела позвоночника. Острый гломерулонефрит. Изолированный мочево

синдром». На 14 сутки выписан в связи с окончанием воинской службы, при наличии симптомов желудочно-кишечного кровотечения, в период 15–17 суток от момента травмы К. следовал в пассажирском поезде, на 17 сутки из поезда бригадой скорой помощи был доставлен в районную больницу по ходу следования пассажирского состава с ухудшением состояния, в медицинской организации был установлен диагноз: «Желудочно-кишечное кровотечение. Острый гломерулонефрит», скончался через 2 суток от момента поступления. По результатам патологоанатомического исследования представлено заключение с указанием причины смерти: «Запущенное состояние, НПВС-гастропатия, кровотечение, кровопотеря из-за позднего обращения за медпомощью». На момент получения материалов экспертной комиссией в разных субъектах РФ выполнены 3 экспертизы, сформулировано 1 Заключение специалистов. Таким образом, следователи по одним материалам дела получили 4 варианта выводов, частью взаимоисключающих друг друга; выводы экспертной комиссии ГАУЗ СО «БСМЭ» противоречат всем предыдущим, поскольку в качестве причины смерти был установлен рабдомиолиз, а прямая причинная связь действий врачей и наступления смерти исключена (Таблица 1).

Таблица 1. Суть Заключений экспертных комиссий и мнения специалистов в материалах уголовного дела

Заключения экспертов, мнение специалистов	Причина смерти	Вред здоровью, причиненный рабдомиолизом	Причинная связь действий врачей с наступлением смерти	Установление дефектов медпомощи
Специалисты - судебно-медицинские эксперты	Эрозии желудка неустановленной этиологии, кровотечение	Легкий	Отсутствует	Имеются недостатки, не повлияли на исход
Республиканское бюро СМЭ	Дефект медпомощи – необоснованное назначение гормональных и нестероидных противовоспалительных препаратов без	Легкий	Прямая причинная связь в связи с назначением гормонов и НПВС в медбатальоне	Дефекты медицинской помощи в медбатальоне стали причиной смерти

Заключения экспертов, мнение специалистов	Причина смерти	Вред здоровью, причиненный рабдомиолизом	Причинная связь действий врачей с наступлением смерти	Установление дефектов медпомощи
	«прикрытия»			
Республиканское бюро СМЭ	Эрозии желудка неустановленной этиологии, кровотечение	Легкий	Необоснованный отказ от ответа на вопрос	Необоснованный отказ от ответа на вопрос
Краевое бюро СМЭ	Дефект медпомощи – необоснованное назначение гормональных и нестероидных противовоспалительных препаратов без «прикрытия»	Легкий	Прямая причинная связь между бездействием врачей районной больницы и смертью	Дефекты медицинской помощи стали причиной смерти
ГАУЗ Свердловской области БСМЭ	Рабдомиолиз, осложненный эрозиями желудка и кровотечением	Тяжкий	ОТСУТСТВУЕТ прямая причинная связь между действиями врачей и смертью	Имеются недостатки, нет прямой причинной связи с исходом

Две экспертные комиссии в качестве причины смерти представили неправильное назначение гормональных и нестероидных противовоспалительных препаратов. Экспертная комиссия ГАУЗ СО «БСМЭ» установила основной причиной смерти рабдомиолиз, переживание которого сопровождалось образованием эрозий желудка, кровотечением, то есть закономерным звеном патогенеза травмы (физического и эмоционального стресса), с активацией вагоинсулярной и энтериневой систем, способствующей развитию ультраструктурных и трофических изменений слизистой желудка с образованием эрозий и язв [1–4]. Следует отметить, что в указанном случае патогенез сложный, патогенез осложненный не отражен в представленных на исследование заключениях экспертных комиссий и мнении специалистов, не отмечено важное звено – развитие апластической анемии как следствие рабдомиолиза и миоглобинурийного нефроза, анемия предыдущими заключениями определена исключительно

как следствие кровопотери. Экспертной комиссией ГАУЗ СО «БСМЭ» учтены такие гематологические показатели, как среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), средний эритроцитарный объем (MCV), средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), ширина распределения эритроцитов по объему крови – коэффициент вариации (RDW-CV), ширина распределения эритроцитов по объему крови – стандартное отклонение (RDW-SD). У пострадавшего К. перед наступлением смерти отмечались нормальные показатели ширины распределения эритроцитов по объему крови, резкое увеличение среднего содержания гемоглобина в эритроците и средней концентрации гемоглобина в эритроците, что свидетельствует о наличии апластической анемии почечного генеза вследствие нарушения секреции почками эритропоэтина при наличии миоглобинурийного нефроза.

По данным медицинских документов пострадавший К. одновременно с противовоспалительной и гормональной терапией получал омепразол в лечебной дозировке, в соответствии с клиническими рекомендациями, весь период лечения, что позволило сделать однозначный вывод об отсутствии причинной связи между приемом гормональных препаратов и нестероидных противовоспалительных средств и образованием эрозий желудка.

Обращает на себя внимание, что ни в одном из представленных заключений и мнении специалистов нет научно обоснованного, подтвержденного данными методической литературы вывода об основной и непосредственной причинах смерти; выводы построены в варианте констатации факта эрозий и кровотечения, без какого-либо учета наличия рабдомиолиза и миоглобинурийного нефроза у пострадавшего К. Отсутствуют четкие обоснования отказов от ответов на представленные следствием вопросы.

Не вызывает сомнения наличие дефектов медицинской помощи в медицинском батальоне и районной больнице, которые установлены на основании официально утвержденных документов [5, 6]. Обращает на себя внимание констатация экспертными комиссиями факта возможности

диагностики рабдомиолиза в медицинских организациях, однако ни одна из экспертных комиссий не говорит о дефектах клинического диагностического поиска. Так в медицинском батальоне диагностирован изолированный мочевого синдром, несмотря на отсутствие его проявлений, а также клинических проявлений, не характерных для гломерулонефрита – нет в анамнезе перенесенной инфекции, отсутствует лейкоцитоз в крови, имелись боли в поясничной области (не характерные для острого гломерулонефрита) после факта зафиксированной в истории болезни чрезмерной физической нагрузки, болезненность при пальпации поясничной области, напряжение мышц поясничной области. Таким образом, экспертная комиссия ГАУЗ СО «БСМЭ» пришла к выводу о дефекте дифференциальной клинической диагностики – лечащий врач не дифференцировал острый гломерулонефрит и нефритический синдром, не оценил характерные для нефритического синдрома отеки, нарушение выделительной функции почек, повышение концентрации креатинина крови, гематурию, протеинурию, измененные формы эритроцитов – эритроцитарные цилиндры при микроскопическом анализе мочевого осадка, нефритический синдром должен был быть установлен по наличию одного и более элементов синдрома: отеки, артериальная гипертензия, увеличение концентрации креатинина и нарушение выделительной функции почек. Вышесказанное позволило бы исключить острый гломерулонефрит и предположить другую, истинную причину острого повреждения почек.

В данном случае представляется важным при оценке качества медицинской помощи отметить необходимость обращения экспертных комиссий к клиническим особенностям течения синдромов, а не к конкретным нозологическим формам болезни, что сделано не было; отказ экспертных комиссий от рассмотрения вопросов патогенеза гломерулонефрита и нефритического синдрома, характеризующего миоглобинурийную по этиологии причину острого повреждения почек, полностью исключил понимание экспертами роли рабдомиолиза в

танатогенезе.

На этапе оказания помощи в районной больнице не была выполнена фиброгастроуденоскопия с установлением желудочного зонда, которые бы позволили подтвердить наличие кровотечения и его интенсивность, а также установить локализацию источника кровотечения, определить объем кровезамещающей терапии, восполнение которого проводилось вне установленных норм, несмотря на возможность выполнения, не проведена консультация с врачами региональной больницы, не рассматривалась возможность перевода пациента на следующий, более технологичный, этап оказания помощи при наличии медицинских показаний для перевода.

Легкий вред здоровью экспертными комиссиями был определен на основании признака длительности расстройства здоровья менее 21 дня, поскольку пострадавший скончался в период до 21 дня от момента травмы, комиссии не установили патогенетической связи эрозий желудка и рабдомиолиза, посчитав образование эрозий самостоятельным процессом. Однако подтвержденный миоглобинурийный нефроз вследствие рабдомиолиза рассматривается [5, 6] как острое повреждение почек, причину острой почечной недостаточности тяжелой степени (подтвержденной результатами лабораторных исследований), что позволило экспертной комиссии ГАУЗ СО «БСМЭ», в соответствии с п. 6.2.5. раздела II Приказа № 194н [7] определить его опасность для жизни, и, согласно п. 4 «а» «Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», утвержденных постановлением Правительства РФ 17.08.2007 г. № 522, квалифицировать как тяжкий вред здоровью.

Несмотря на установленные дефекты медицинской помощи, с учетом наступления смерти в результате некроза скелетных мышц и развитие осложнений, связь между дефектами медицинской помощи и смертью пострадавшего К. не может расцениваться в варианте прямой. Вмешательство (или невмешательство) врачей в этом случае не имеет отношения к возникновению травмы, не связано с рабдомиолизом

патогенетически, существует само по себе, не влияет на оценку тяжести травмы. Эти два процесса в силу чуждости своей природы не могут стоять на одной чаше весов при оценке неблагоприятного исхода. Таким образом, не может одновременно быть установлена прямая причинная связь между рабдомиолизом и наступлением смерти, а также между действием (бездействием) врачей и наступлением смерти.

Не вызывает сомнений факт того, что врачам-судебно-медицинским экспертам и медицинскому сообществу в целом сложно прогнозировать, какова правовая перспектива уголовного дела, в котором имеются 5 вариантов выводов, противоречащих друг другу, частично необоснованных; на сегодняшний день медицинское сообщество не имеет информации об результатах расследования.

Таким образом, в настоящее время существует проблема унификации подхода к формулировке экспертных выводов по вопросам оценки качества медицинской помощи, в составе судебно-медицинских экспертных комиссий должны работать представители высшей медицинской школы – профессора и доценты, для работы в отделах сложных комиссионных экспертиз бюро судебно-медицинской экспертизы нецелесообразно привлекать врачей с минимальным стажем экспертной работы, не имеющих квалификационной категории и опыта работы в других отделах и отделениях бюро судебно-медицинской экспертизы, качество государственных экспертиз по «врачебным» делам должно быть представлено на высоком профессиональном уровне, необходимы программы дополнительного профессионального образования для врачей судебно-медицинских экспертов по судебно-медицинской оценке качества медицинской помощи.

Литература

1. Алыев Ф.И. Роль вагоинсулярной и энтериновой систем в образовании острых язв и эрозий гастродуоденальной зоны при тяжелых сочетанных черепно-мозговых травмах в зависимости от комбинации повреждений. Русский журнал анестезиологии и реаниматологии. 2016; 61(2): 105-108.

2. Погромов А.П., Лашкевич А.В. Гипоксический фактор и его значение в формировании гастродуоденальных заболеваний. Клиническая медицина. 1997; 5: 21-24.

3. Волкова Ю.В., Хижняк А.А. Сравнительный анализ препаратов для профилактики стрессового повреждения желудочно-кишечного тракта в комплексе интенсивной терапии травматической болезни у пациентов с политравмой. Медицина неотложных состояний. 2011; 6(37): 58-64.

4. Полянцев А.А., Боско О.Ю., Карпенко С.Н. Стрессовые повреждения желудка и двенадцатиперстной кишки в разные периоды травматической болезни у пострадавших с сочетанной травмой. Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2013; 1(45): 94-98.

5. Стандарт специализированной медицинской помощи при остром нефритическом синдроме, рецидивирующей и устойчивой гематурии, хроническом нефритическом синдроме, других уточненных синдромах врожденных аномалий, не классифицированных в других рубриках, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 ноября 2012 г. № 614н.

6. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18 января 2012 г. № 17н.

7. Приказ от 24.04.2008 г. № 194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», утвержденный Министерством здравоохранения и Социального развития РФ.

ПРОБЛЕМЫ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННОЙ СВЯЗИ В ПРЕСТУПЛЕНИЯХ, СОВЕРШАЕМЫХ ПУТЕМ БЕЗДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКАМИ

Е.О. Игонина^{1,2}

¹Санкт-Петербургская академия Следственного комитета Российской Федерации, Санкт-Петербург

²Следственное управление Следственного комитета Российской Федерации по ХМАО-Югре, Сургут

Аннотация: Значительное количество неосторожных преступлений, совершаемых медицинскими работниками, совершаются именно путем бездействия, что значительно усложняет установление причинно-следственной связи. Практические сложности возникают как при установлении причинно-следственной связи как таковой, так и при определении ее характера. Вопрос о причинности бездействия обсуждается наравне с общими проблемами уголовно-правовой причинности, поскольку понятие преступного бездействия, имея ряд специфических особенностей, является одним из наиболее сложных понятий в науке уголовного права. Вследствие чего актуальны полное и всестороннее изучение преступного бездействия, самостоятельное исследование и анализ судебно-следственной практики.

Ключевые слова: бездействие, причина, условие, причинно-следственная связь, медицинский работник, медицинская ошибка.

PROBLEMS OF ESTABLISHING A CAUSAL RELATIONSHIP IN CRIMES COMMITTED BY INACTION BY MEDICAL STAFF

Е.О. Igonina^{1,2}

¹The Saint-Petersburg Academy of the Investigative Committee of the Russian Federation, Saint-Petersburg,

²The Investigative Department of the Investigative Committee of the Russian Federation for the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug – Yugra, Surgut

Summary: A significant number of careless crimes committed by medical professionals are committed precisely by inaction, which significantly complicates the establishment of a causal relationship. Practical difficulties arise both in establishing a causal relationship as such, and in determining its nature. The question of the causality of inaction is discussed along with the general problems of criminal law causality, since the concept of criminal inaction, having a number of specific features, is one of the most complex concepts in the science of criminal law. As a result, a full and comprehensive study of criminal inaction, independent research and analysis of judicial and investigative practice are relevant.

Keywords: inaction, cause, condition, causal relationship, medical worker, medical error.

Проблема установления причинной связи в неосторожных преступлениях, совершаемых медицинскими работниками, остается одной из наиболее трудных и неоднозначных для правоприменителей. Причинная

связь, будучи понятием высокой теоретической абстракции, имеет выраженное практическое назначение. При расследовании ятрогенных дел по большей части ошибки допускаются в подмене причинно-следственной связи иными видами связей, в разграничении прямой и косвенной причинной связи, неверном обосновании характера причинной связи. Приговоры по «врачебным делам» используются как своеобразные судебные прецеденты по выявлению причинной связи. В ряде случаев спорные ситуации о наличии либо отсутствии причинно-следственной связи разрешаются судьей интуитивно без обоснования и достаточно веской аргументации в приговоре, в таком случае правосудие рискует само оказаться в системе случайностей, накапливая огромное количество ошибок, в том числе искажая дефиниции «причина – следствие». Подобных противоречий в судебной практике не возникает, если выводы судебно-медицинской экспертизы подтверждают наличие прямой причинно-следственной связи. З.Б. Соктоев полагает, что «проблема причинности действительно наглядно демонстрирует сложившуюся в теории уголовного права ситуацию, когда ученые-юристы, руководствуясь одной и той же методологической основой при решении в целом проблемы причинности и, пытаясь подвести под ответственность за преступное деяние материалистическую основу, приходят при решении частных вопросов к совершенно противоположным выводам» [1].

Наибольшую сложность представляет юридическая оценка невмешательства врачей в развитие причинной связи между бездействием врача и наступлением общественно опасного последствия. Неоказание медицинской помощи либо оказание ее не в надлежащем объеме не прерывает запущенную причинно-следственную связь. Бездействие обладает свойством порождения последствия, поскольку, совпадая с имеющейся причиной, приводит к ее реализации. Так, неоказание врачом помощи пациенту одновременно с имеющимися процессами в организме потерпевшего (заболеваниями) формируют причинный комплекс. При этом непредотвращение лицом общественно опасного последствия, обязанным его

предотвратить, равносильно причине этого последствия. «Определяющим для установления причинной связи и привлечения лица к уголовной ответственности является вывод о том, что смертельный результат был с внутренней необходимостью обусловлен, порожден деянием виновного, присоединение опосредующих результатов факторов могло быть осознанно виновным в конкретных условиях места и времени» [2]. Действительно, в ходе совершения ятрогенного преступления, бездействие может приобретать различную внешнюю форму, осложненную наличием множества условий, неочевидными причинами и неявными последствиями. В результате того, что в системе ятрогенных отношений поведение субъекта представляет собой сложную форму взаимодействия, затруднительно ее рассмотрение с классической уголовно-правовой точки зрения. Фрагменты, выделяемые в качестве звеньев причинной связи при бездействии, весьма условны как минимум в виду условности их нормативного содержания. «Наличие специальной обязанности исполняет именно эту роль – нормативного критерия достаточности необходимого условия наступления предусмотренных законом последствий при бездействии» [3]. Основная дилемма уголовно-правовой доктрины при расследовании ятрогенных преступлений, состоит в том, чтобы определить ту грань и тот предел, когда именно неисполнение медицинским работником возложенных на него обязанностей явилось причиной либо условием наступления негативных последствий, если таковые последствия физиологически уже заложены в организме потерпевшего, например болезнь. Е.В. Хромов придерживается следующей позиции: в тех случаях, где законодатель в диспозиции статьи использовал «причинить», то он подразумевал активные действия субъекта, направленные на непосредственное причинение смерти (по мнению автора, например, ч. 2 ст. 109 УК РФ), а в случаях использования в диспозиции фразы «если это повлекло причинение», законодатель подразумевал создание субъектом условий, которые непосредственно повлияли на причину смерти, но сами таковыми не являются [4]. Е.В. Хромов полагает, что в тех случаях,

когда причиной смерти пациента явилось непосредственно заболевания, а бездействие медицинского работника лишь приблизили неблагоприятный исход, то деяние должно быть квалифицировано по ч. 2 ст. 124 УК РФ. В качестве примеров он приводит: непроведение реанимационных мероприятий, непринятие мер к безотлагательной госпитализации или экстренному хирургическому вмешательству, отказ фельдшера от прибытия по вызову, отказ врача оказать первую реанимационную помощь. Мнение автора относительно характера причинной связи в ятрогенных преступлениях следующее. «Правоприменитель в большинстве случаев использует следующее правило разграничения ч. 2 ст. 124 и ч. 2 ст. 109 УК РФ: если между деянием врача и смертью пациента имеет место прямая причинная связь, то при наличии оснований ответственность наступает по ч. 2 ст. 109 УК РФ, если между деянием и последствием имеется опосредованная (косвенная) причинная связь...– по ч. 2 ст. 124 УК РФ. Предусмотренное ч. 2 ст. 124 УК РФ деяние влечет причинение смерти, а предусмотренное ч. 2 ст. 109 УК РФ – ее причиняет». Представляется некорректным использовать в качестве критерия разграничения вышеуказанных составов преступлений характер причинной связи, поскольку судебно-следственная практика в данном вопросе противоречива.

По мнению Е.В. Хромова оценивать действия медицинских работников по ч. 2 ст. 109 УК РФ возможно «в тех случаях, когда медицинская помощь (вмешательство) стала причиной наступления смерти по неосторожности, когда негативные изменения в объекте уголовно-правовой охраны возникли исключительно в результате действий (бездействий) врачей» [4]. Автор приводит следующие примеры: оставленная в организме потерпевшего салфетка после оперирования; ошибочное удаление правой почки, а не левой, ввиду собственной невнимательности при изучении медицинской документации; повреждение органов и тканей при проведении хирургических вмешательств; введение препаратов без учета их побочного действия либо с существенной передозировкой. Мнение З.Б. Соктоева

отлично от мнения Е.В. Хромова в части законодательной конструкции диспозиции статьи с употреблением выражения «повлекшее...». «В равной мере преступление, при описании которого законодатель для раскрытия причинности использует термин «повлекшее», может быть совершено как при обстоятельствах с непосредственной причинной связью, так и при обстоятельствах «опосредованной» причинной связи» [5]. Точка зрения Е.В. Хромова представляется логичной в части разделения деяний на непосредственно причиняющие вред и создающие условия для его причинения, и одновременно непоследовательной по следующим основаниям. Законодательную конструкцию диспозиции статей Особенной части УК РФ нелогично использовать в качестве критерия разграничения характера причинной связи. Критерием разграничения характера причинной связи не может являться синтаксическая конструкция, являющаяся результатом реализации подчинительных связей, в основе которых лежат лексические и грамматические свойства слова. Словосочетание «повлекло причинение» представляет собой синтаксическое единство тождественных друг-другу терминов. Характер причинно-следственной связи должен определяться проведенным правоприменителем анализом в рамках сложившейся ситуации и сформировавшейся правовой системы. Полагаем, что нерационально в качестве критерия использовать характер нарушения (действие или бездействие виновного). Как действие, так и бездействие виновного обобщается одним понятием «деяние», вид деяния наиболее востребован правоприменителем при описании объективной стороны преступления, при этом вид деяния непосредственно не играет роли в определении характера причинной связи, поскольку причинная связь – это объективно-независимое явление между событием и последствием. Характер причиной связи зависит от возможных конфигураций последствий, а не от вида деяния. Полагаем, что законодатель под причинением в статьях Особенной части УК РФ подразумевает не только активное воздействие на объект, а рассматривает этот термин в широком смысле. По мнению

законодателя необходимое условие также может причинять, а не только допускать либо повлечь. Исходя из этимологического значения слова «причина», упоминавшегося в толковых словарях, «причина» – это явление, обуславливающее появление другого явления [6]. Таким образом, «причина» включает в себя и обуславливающее следствие явление, то есть условие. Категории «причина» и «условие» отличаются по функциональному предназначению в сложившейся системе отношений. «Легко увидеть, что различия между условием и причиной имеют не абсолютный, а относительный характер. Каждое условие в определенном отношении является причиной, а каждая причина в соответствующем отношении является условием» [7]. В целях единообразного понимания причинно-следственной связи и отсутствия ошибок квалификации в практической деятельности сотрудников правоохранительных органов и экспертных подразделений, следует исключить употребление словосочетаний «обуславливающая связь» при расследовании ятрогенных преступлений, в том числе в заключениях экспертов, заменив ее на причинная связь. Представляется нецелесообразной точка зрения авторов, предлагающих связь между бездействием и наступившими последствиями именовать обуславливающей связью, аргументируя это тем, что в таком случае дефекты оказания медицинской помощи явились условиями, а причина смерти – заболевание [8].

В уголовно-правовой доктрине нет единого мнения относительно критериев, определяющих характер причинной связи. Рассмотрим сложившуюся судебную практику. Так, приговором Алексинского городского суда от 23.04.2020 врач-терапевт Р. признана виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ при наличии косвенной причинно-следственной связи между дефектами, допущенными врачом и смертью пациентки Х. Судебно-медицинским заключением установлено: прямая причинно-следственная связь между тем или иным дефектом оказания медицинской помощи и наступлением

неблагоприятного исхода развивающегося патологического процесса может быть установлена только тогда, когда имеются совершенно достаточные основания для утверждения о том, что отсутствие анализируемого дефекта оказания медицинской помощи однозначно прервет закономерное развитие процесса: иными словами, прямая причинно-следственная связь между этими событиями может быть установлена только при условии, что надлежащее оказание медицинской помощи однозначно позволило бы избежать наступление смерти пациента» [9]. Приговором Московского городского суда г. Твери от 17.08.2018 врач выездной бригады скорой медицинской помощи Ф. признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 124 УК РФ. Заключение комиссионной судебно-медицинской экспертизы установлено, что «наступление смерти пациента находится в прямой причинно-следственной связи с имевшимся у него заболеванием. Своевременная диагностика и квалифицированное оказание медицинской помощи возможно могли бы прервать звено причинной связи между заболеванием и смертью ... дефекты диагностики и организации медицинской помощи увеличили риск неблагоприятного исхода при данной патологии» [10]. Судом установлена причинно-следственная связь между дефектами оказания медицинской помощи и смертью пострадавшего, ссылка на характер причинной связи в приговоре отсутствует.

Подводя итог, полагаем, что особенность косвенной причинно-следственной связи состоит в невозможности предоставления однозначного ответа на возможность благоприятного исхода для жизни пациента при оказании квалифицированной медицинской помощи, то есть процент вероятности летального исхода остается, в том числе, в случае оказания своевременной квалифицированной медицинской помощи. Однако, в таких случаях утверждать, что причинная связь между дефектами оказания медицинской помощью и смертью пациента отсутствует, представляется ошибочно, ввиду наличия в выводах судебно-медицинских экспертов вероятностного суждения о благоприятном исходе для пациента.

Объективную оценку случившемуся возможно дать только при полном, объективном и непосредственном исследовании имеющихся в деле доказательств.

Литература

1. Соктоев З.Б. Причинность и объективная сторона преступления: монография. М.: Норма, 2015. С. 98.
2. Зимирева Л.А. Причинная связь в преступлениях против жизни: автореф... дис. кан. юрид. наук. – М.: 2014. С. 24.
3. Нагаева, Т. И. Теоретические аспекты установления причинной связи при преступном бездействии / Т.И. Нагаева // Ученые записки Сахалинского государственного университета. – 2013. – № 1(10). – С. 246.
4. Хромов Е.В. Вопросы квалификации смерти пациента // Уголовное право. 2021. № 11. С. 46.
5. Соктоев З.Б. Причинность в уголовном праве: теоретические и прикладные проблемы: дис. ... д-ра юрид. наук. М., 2014. С. 225.
6. В.И. Даль Толковый словарь живого великорусского языка, том 3. Автор. Владимир Иванович Даль. Издание. 2-е изд. Год. 1882. Адрес. М.—СПб.
7. Малинин В. Б. Причинная связь в уголовном праве: вопросы теории и практики: дис. ... д-ра. юрид. наук. – СПб., 1999. С. 23.
8. Радов В.В. Причинная связь при бездействии в ятрогенных преступлениях // Вопросы российской юстиции. 2020. №5. С. 524.
9. Приговор Алексинского городского суда Тульской области от 23 апреля 2020 г. по делу № 1-19/2020 // URL: <https://sudact.ru>.
10. Апелляционное постановление Тверского областного суда от 24.10.2018 по делу № 22-1686/2018 // URL: <https://sudact.ru>.

ИССЛЕДОВАНИЕ СВИДЕТЕЛЬСКИХ ПОКАЗАНИЙ И ДРУГИХ «НЕОБЪЕКТИВНЫХ» ДАННЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРТИЗ ПО ФАКТАМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Р.Э. Калинин¹, д.м.н., профессор Е.Х. Баринов², д.м.н. Д.В. Сундуков¹

¹Российский университет дружбы народов, Москва

²Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Аннотация: Полнота исследования материалов дела является основополагающим признаком судебной экспертизы. В рамках СМЭ по «ятрогенным» делам в круг объектов исследования входят не только медицинские, но также и иные документы, содержащие показания очевидцев событий, включая медицинских работников. Вместе с тем проверка достоверности свидетельских показаний не входит в компетенцию экспертов, что не исключает экспертной оценки различных версий и применения специальных знаний членов экспертной комиссии к информации, полученной из показаний. Проведено исследование материалов уголовных и гражданских дел на основе контент-анализа, по результатам которого установлены пределы экспертной компетенции при работе с процессуальными документами, а также изучены возможности получения из таких документов данных, пригодных и полезных для судебно-медицинской оценки неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: ятрогенные осложнения, комиссия экспертная, материалы дела, экспертная компетенция, дефекты оказания медицинской помощи.

INVESTIGATION OF WITNESS STATEMENTS AND OTHER «BIASED» DATA DURING EXAMINATIONS ON THE FACTS OF ADVERSE OUTCOMES OF MEDICAL CARE

R.E. Kalinin¹, E.H. Barinov², D.V. Sundukov¹

¹RUDN University, Moscow

²Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow

Summary: The completeness of the investigation of the case materials is a fundamental feature of forensic examination. Within the framework of the iatrogenic cases, the range of research objects includes not only medical, but also other documents containing the testimony of eyewitnesses of events, including medical workers. At the same time, the verification of the reliability of witness testimony is not within the competence of experts, which does not exclude the expert evaluation of various versions and the application of the special knowledge of the members of the expert commission to the information obtained from the testimony. A study of the materials of criminal and civil cases based on content analysis was conducted, the results of which established the limits of expert competence when working with procedural documents, and also studied the possibilities of obtaining data from such documents that are suitable and useful for forensic medical assessment of an unfavorable outcome of medical care.

Keywords: iatrogenic complications, commission forensic examination, case materials, expert competence, defects in medical care.

Проблема экспертной оценки ятрогенных событий не теряет своей актуальности. Расширение юридической практики в области защиты прав граждан, пострадавших от так называемых врачебных ошибок, привело к появлению новых методик расследования уголовных дел и доказывания в гражданском процессе [1–3]. Значительно возросла активность следователей в части допросов медицинских работников, проведения очных ставок и других следственных действий, включая их сопровождение силами собственных экспертных подразделений следственных органов. В результате существенно увеличился объем материалов дел, представленных документами, которые не относятся к первичной медицинской документации. Несмотря на устоявшуюся среди экспертов традицию априори считать подобные документы необъективными, отдавая приоритет медицинским картам, на сегодняшний день приходится признать, что медицинские документы, составленные лицами, осознающими собственную заинтересованность в сокрытии профессиональных ошибок, не могут считаться безусловно неоспоримым и незаменимым источником данных, необходимых экспертам для полноценной и объективной оценки оказанной медицинской помощи и ее исхода. Таким образом, современная экспертная практика нуждается в методике исследования процессуальных документов, не затрагивающей достоверность изложенных в них сведений, но в то же время позволяющей использовать специальные знания в целях проверки различных версий и обоснования экспертных выводов [4].

Цель работы: повышение качества СМЭ по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с предположительно ненадлежащим оказанием медицинской помощи.

Материал и методы.

В исследование были включены материалы уголовных и гражданских дел по фактам неблагоприятного исхода медицинской помощи (Таблица 1).

Таблица 1. Количественный состав материалов исследования

№ п/п	Наименование материала исследования	Количество
1.	Жалобы граждан на качество медицинской помощи	128
2.	Протоколы допросов (объяснений) медработников	701
3.	Протоколы допросов потерпевших, свидетелей и иных лиц не из числа медперсонала	261
4.	Протоколы заседаний врачебной комиссии	80
5.	Объяснительные записки медработников	57
6.	Акты (заключения) экспертиз качества медицинской помощи	21
7.	Акты проверок органами здравоохранения в регионе	66
8.	Акты проверок органами Росздравнадзора	12
9.	Постановления следователей о назначении комиссионной (комплексной) судебно-медицинской экспертизы	88
10.	Исковые заявления о компенсации вреда, причиненного при оказании медицинских услуг	139
11.	Отзывы ответчиков и третьих лиц на исковое заявление	107
12.	Протоколы судебных заседаний	93
13.	Определения судов о назначении экспертизы	139
14.	Заключения комиссии экспертов	228
15.	Решения судов	34
ИТОГО		2154

В исследовании применялись следующие методы:

1. Количественный (содержательный) контент-анализ.
2. Экспертно-клинический анализ на основе заключений судебно-медицинских экспертных комиссий.
3. Медико-юридический анализ на основе итоговых процессуальных решений по каждому делу.
4. Статистический анализ.

Размер выборки, обеспечивающий точность и репрезентативность результатов исследования, определялся по формуле:

$$n = \frac{z^2 pq}{e^2} \quad (1), \text{ где:}$$

n – размер выборки; z – нормированное отклонение оценки от среднего значения в зависимости от доверительной вероятности полученного результата; p – найденная вариация для выборки в %; q = (100 – p); e – допустимая ошибка в %. Во всех случаях использовалась максимальная мера изменчивости (наихудший вариант), т.е. p принималось равным 50%. Допустимая ошибка e принималась равной ±5%. Если имелись достаточные

основания считать генеральную совокупность малой, то полученное значение объема выборки корректировалось по формуле:

$$n' = n \times \sqrt{\frac{N-n}{N-1}} \quad (2), \text{ где:}$$

n' - скорректированный размер выборки с поправкой для малой генеральной совокупности; n – размер выборки, N – размер генеральной совокупности.

Например, необходимый объем выборки протоколов допросов медицинских работников при определении частоты встречаемости в их тексте определенных сведений, выраженной в процентах, определялся так:

$$n = \frac{2,58^2 \times 50(100 - 50)}{5^2} = 666$$

Таким образом, имеющийся объем выборки в 701 протокол был признан достаточным при доверительной вероятности 99%.

Результаты и обсуждение

Исследование постановлений следователей о назначении СМЭ

Самое краткое – 624 печатных знака, самое подробное – 6423, в среднем – 1897 знаков при медиане 1656.

Содержание оценивалось по наличию или отсутствию: ФИО медиков; ФИО пациента; наименования ЛПУ; даты оказания медицинской помощи; диагноза; сути недостатка оказания медицинской помощи; сути неблагоприятного исхода; перечня материалов, предоставленных экспертам – итого, 8 критериев.

Данные разделены на 2 группы: постановления, в которых указаны 3–5 критериев, и постановления, в которых содержалось 6–8 критериев. Медиана числа знаков в описательной части постановления во 2-й группе составила 2051,5, а в первой – 1207,5, что в 1,7 раза меньше. Достоверность различий проверена по критерию серий Вальда-Вольфовица, ($p=0,011077$).

Выявлена и доказана закономерность: чем больше текста (знаков) в описательной части постановления, тем выше шанс на то, что следователь

укажет максимальное число обстоятельств дела, полезных для СМЭ.

Исследование обращений граждан и показаний потерпевших

В 75% дел имелось одно или несколько письменных обращений граждан. 95,5% дел содержали, как минимум, 1 протокол показаний лиц не из числа медперсонала.

Факты, предполагающие наличие дефектов оказания медицинской помощи, в целом сводились к следующему: не назначено показанное обследование; специфическая симптоматика ятрогенной патологии; введен противопоказанный препарат; превышено время доезда скорой помощи к пациенту; преждевременная выписка из больницы; необоснованная отсрочка экстренной операции; оставление инородного тела в брюшной полости; не предложена госпитализация в стационар; пациент не обеспечен лекарственным средством по льготе; не проведен осмотр и др.

В делах с обращениями содержались также данные, исключающие причинную связь: отказ пациента от госпитализации; самолечение без врачебного назначения; запоздалое обращение за медицинской помощью и др. В общей сложности, в материалах 27% дел выявлены данные о дефектах оказания медицинской помощи и/или причинно-следственной связи в тексте письменных обращений.

Дальнейшее исследование данной группы было проведено по признаку количества обращений, содержащихся в деле. Контрольную группу составили дела, в которых имелись письменные обращения, но в них не было данных о дефектах и/или причинной связи.

Сравнение групп показало отсутствие статистически значимых различий (U-критерий Манна-Уитни, $p = 0,91$). Зависимость между количеством письменных обращений в материалах дела и шансом выявления в них обстоятельств, имеющих существенное значение для СМЭ, не установлена.

65% дел с показаниями содержали хотя бы 1 протокол с данными о дефектах или причинной связи. Контрольную группу составили дела с

протоколами, не содержащими указанных данных. Статистически достоверные различия в группах не выявлены (U-критерий Манна-Уитни, $p = 0,71$). Вероятность обнаружения важных обстоятельств, подлежащих судебно-медицинской оценке, не зависела от количества исследованных экспертами показаний.

Исследование показаний медицинских работников

Относительная частота получения различных данных из показаний медицинских работников представлена на диаграмме (Рис. 1).

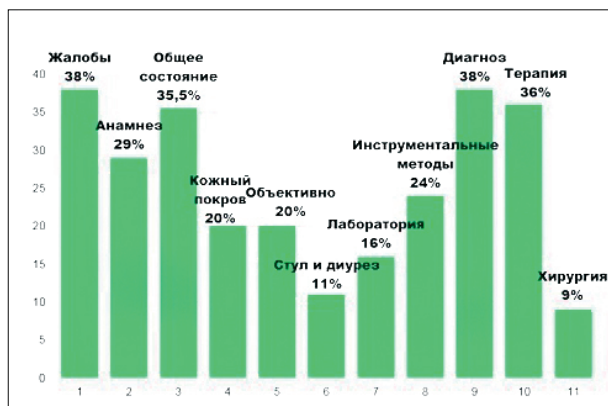


Рис. 1. Вероятность (относительная частота) получения данных из показаний медицинских работников

Статистический анализ показал, что число обстоятельств в показаниях медиков возрастает прямо пропорционально количеству протоколов в материалах дела. В группе дел, содержащих 1–7 протоколов, медиана числа обнаруженных фактов составила 13,5, а в группе дел, где имелось 8–18 протоколов, медиана была 34, что в 2,5 раза выше, при этом различие оказалось статистически достоверным при $p=0,002305$ и $p=0,002258$ (по критериям Вальда-Вольфовица и Манна-Уитни). Таким образом, при наличии в материалах уголовного дела более 7 протоколов с показаниями медицинских работников, число фактических данных, полученных из их текста, может существенно увеличиваться до 2,5 раз.

Исследование материалов гражданских дел

Вероятность обнаружения полезных для экспертизы данных в исковых заявлениях показана на диаграмме (Рис. 2).

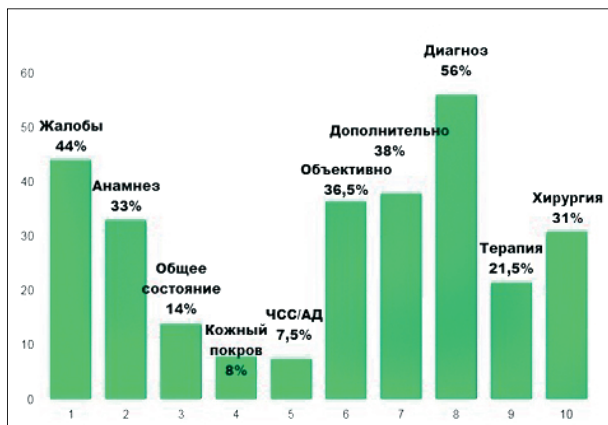


Рис. 2. Вероятность (относительная частота) получения данных из отзывов на исковые заявления

Исследование актов внесудебного контроля

В 45% дел имелся хотя бы один акт проверки с выводом о наличии дефектов. Проведено сравнение данной выборки с контрольной группой дел, не содержащих актов проверки с указанным выводом. Сравнение проведено по признаку наличия положительного заключения СМЭ о наличии дефектов. Вероятность обнаружения дефектов по результатам СМЭ оказалась существенно выше (80,0%) в группе дел, содержащих акт проверки с аналогичным выводом, нежели в контрольной группе (53,0%), разность относительных частот 27%. Различия носили статистически достоверный характер (p Фишера = 0,0070; χ^2 с поправкой Йетса $p = 0,0151$).

Общее количество дел, содержащих, как минимум, 1 акт проверки с выводом об отсутствии дефектов, составило 43%. Проведено сравнение этой выборки с контрольной группой дел, не содержащих актов проверки с указанным выводом. Сравнение было проведено по признаку наличия в деле заключения СМЭ об отсутствии дефектов. Вероятность наличия вывода СМЭ

об отсутствии дефектов была выше (42,1%) в группе дел, содержащих акт проверки с аналогичным выводом, чем в контрольной группе (29,4%), разность 12,7%. Однако различия оказались недостоверными (p Фишера = 0,1543; χ^2 с поправкой Йетса $p = 0,3085$).

Выводы

1. Огульное пренебрежение немедицинскими документами может снизить качество и достоверность заключения СМЭ.

2. Информация, полученная из обращений и показаний, может быть доступна судебно-медицинской экспертной оценке, если изложенные в тексте сведения носят медицинский характер, а их анализ требует применения специальных познаний в области медицины, т.е. входит в компетенцию СМЭ.

3. Источник информации и способ ее получения не следует рассматривать как абсолютные детерминанты объективности и достоверности. Объективизация сведений, имеющихся в материалах «врачебного» дела, должна проводиться путем их обработки и проверки с использованием специальных знаний экспертов в ходе сопоставления данных друг с другом и другими материалами дела.

Литература

1. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Косухина О.И. Правовая оценка выводов судебно-медицинской экспертизы по делам, связанным с оказанием медицинской помощи. Судебная медицина. 2016;2(2):101-103.

2. Баринов Е.Х., Сундуков Д.В., Ромодановский П.О. Уголовная ответственность за преступления, связанные с нарушением медицинскими работниками профессионального долга. М.: РУДН, 2020. – 88 с.

3. Макаров И.Ю., Шекера В.В., Збруева Ю.В., Богомолов Д.В., Путинцев В.А. Неблагоприятный исход в послеоперационном периоде (огнестрельное ранение дробью) от аррозийного кровотечения в судебно-медицинской практике. Судебно-медицинская экспертиза. 2021;64(1):44-47.

4. Ковалев А.В., Плетянова И.В. Выявление дефектов оказания медицинской помощи по так называемым необъективным данным. Судебно-медицинская экспертиза. 2015;58(3):48-51.

ПРОБЛЕМЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРАВОВЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ОШИБКИ В УСТАНОВЛЕНИИ КРАЕВОГО ПЕРЕЛОМА ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ СТОПЫ (случай из практики)

д.м.н., доц. В.М. Караваев¹, О.Г. Степанова¹, д.м.н. В.А. Фетисов^{1,2}

¹Санкт-Петербургское ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Санкт-Петербург

²Кафедра судебной медицины и медицинского права ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург

Аннотация: В статье представлен случай проведения комиссионной судебно-медицинской экспертизы по гражданскому делу в связи неблагоприятным исходом лечения молодой пациентки в разных медицинских организациях Санкт-Петербурга. Обращается внимание на то, что ошибки рентгенологической диагностики закрытого перелома ладьевидной кости правой стопы не были выявлены у пострадавшей по целому ряду причин, которые в своей совокупности обусловили затяжной характер течения травмы нижней конечности у пациентки и необходимость проведения ей оперативного лечения спустя четыре месяца после травмы. Показано, что дефекты лучевой диагностики способны повлечь за собой ошибки специалистов клинического профиля и стать предметом судебных исков со стороны пациентов с обвинением медицинских работников в непрофессиональных действиях и наступления неблагоприятных исходов лечения по их вине.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, перелом, ладьевидная кость стопы, ошибки лучевой диагностики, дефекты оказания медицинской помощи.

PROBLEMS OF RADIATION DIAGNOSTICS AND LEGAL CONSEQUENCES OF AN ERROR IN ESTABLISHING A MARGINAL FRACTURE OF THE NAVICULAR BONE OF THE FOOT (CASE FROM PRACTICE)

V.M. Karavaev¹, O.G. Stepanova¹, V.A. Fetisov^{1,2}

¹Saint-Petersburg state budgetary institution «Bureau of Forensic Medical Expertise», St. Petersburg

²S.M. Kirov Military Medical Academy of the Russian Ministry of Defense, St. Petersburg

Summary: The article presents a case of a commission forensic medical examination in a civil case in connection with an unfavorable outcome of treatment of a young patient in various medical organizations of St. Petersburg. Attention is drawn to the fact that errors in the X-ray diagnosis of a closed fracture of the navicular bone of the right foot were not detected in the victim for a number of reasons, which together caused the protracted nature of the course of the lower limb injury in the patient and the need for surgical treatment four months after the injury. It is shown that defects in radiation diagnostics can lead to errors by clinical specialists and become the subject of lawsuits by patients accusing medical professionals of unprofessional actions and the occurrence of adverse treatment outcomes due to their fault.

Keywords: forensic medical examination, fracture, navicular bone of the foot, errors of radiation diagnostics, defects in medical care.

Правонарушения медицинских работников были и остаются объектом пристального внимания органов правопорядка. Одним из ключевых и при этом не всегда однозначно решаемых вопросов, определяющих состав преступления и квалификацию преступления по той или иной статье уголовного закона, является тяжесть вреда, причиненного здоровью человека [1]. Причинами возможных ошибок могут быть как ошибки судебно-медицинских экспертов при определении медицинских критериев степени тяжести вреда, причиненному здоровью человека, так и диагностические ошибки врачей клинических специальностей, в том числе врачей в области лучевой диагностики [1–13]. Ошибки врачей-рентгенологов нередко влекут за собой различные негативные последствия для жизни и здоровья больных как хирургического, так и терапевтического профиля, обуславливая ошибочную тактику ведения и лечения таких пациентов, вынуждая их длительное время обращаться за помощью к другим специалистам в течение которого происходит постепенное, либо стремительное усугубление основного заболевания и закономерное появление самых разных неблагоприятных в том числе фатальных осложнений и т.д. [14–16].

Проблема выявления и предотвращения врачебных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи в настоящее время является одной из самых актуальных не только в нашей стране, но и во всем мире, а оценка причинно-следственных связей в «ятрогенных делах» представляет одну из самых значимых проблем отечественной судебно-медицинской науки и экспертной практики [1, 17].

Общеизвестно, что стопа человека является важной частью его опорно-двигательного аппарата, которую отличает сложная анатомическая организация и непростые биомеханические соотношения между ее составными элементами. Ключевым звеном, соединяющим разные отделы стопы, является ладьевидная кость, особенности топографии которой могут стать причиной диагностических ошибок и следствием выбора неверной врачебной тактики лечения пациентов при ее повреждениях.

В нашей экспертной практике имел место случай своевременно нераспознанного краевого перелома ладьевидной кости стопы у молодой пациентки, длительное время обращавшейся в разные медицинские организации к врачам-травматологам Северной столицы.

Из искового заявления в адрес одного из районных судов Санкт-Петербурга стало известно, что *гр-ка Д.*, 35 лет, днем 12.09.2019 г., при выходе из своей квартиры споткнулась и упала на лестнице, повредив при падении свою правую стопу. Вызванной бригадой СМП пострадавшая через 2 часа после травмы была доставлена в специализированную клинику одного из профильных городских стационаров Санкт-Петербурга, где врач-травматолог осмотрел пациентку и направил ее на рентгенологическое обследование. Не выявив у *Д.* каких-либо повреждений костных структур правой стопы в двух стандартных проекциях (прямая и косая внутренняя подошвенная), пациентке был выставлен диагноз «Ушиб мягких тканей тыльной поверхности правой стопы», наложена тугая повязка на стопу и выполнено обезболивание места «ушиба мягких тканей». В связи с отказом *Д.* от предложенного стационарного лечения и обследования, пациентка была направлена на амбулаторное лечение под наблюдение врача-травматолога районной поликлиники по месту жительства.

В течение следующей недели боль в поврежденной стопе у *Д.* так и не проходила, при этом пострадавшая отметила появление отека мягких тканей тыла стопы с их синюшным оттенком. Отсутствие положительной динамики от назначенного амбулаторного лечения заставило *Д.* обратиться в поликлиническое отделение одной из ведущих травматологических клиник Санкт-Петербурга, где ей 19.09.2019 г. вновь провели рентгенографическое обследование правой стопы в аналогичных проекциях (прямая и косая). При исследовании медицинскими специалистами этих рентгенограмм у *Д.* также не было выявлено каких-либо травматических изменений со стороны костных структур стопы. Поэтому, исходя из результатов повторного лучевого обследования и клинических данных, пациентке был выставлен диагноз

«Ушиб мягких тканей тыльной поверхности правой стопы» и предложено продолжить амбулаторное лечение.

Спустя еще одну неделю, 26.09.2019 г., *Д.* обратилась в частную медицинскую клинику, где после сбора анамнеза и осмотра, включая данные предыдущих рентгенографических исследований, ей предварительно был выставлен диагноз: «Растяжение связочного аппарата правой стопы и правого голеностопного сустава» и назначена повторная рентгенография правой стопы и голеностопного сустава, которые по неизвестным причинам пациенткой не были выполнены.

С указанным диагнозом и рекомендациями постоянно носить ортез на правой ноге, пациентка *Д.* в течение последующих двух месяцев еще дважды обращалась в другие медицинские организации Санкт-Петербурга, при которых каких-либо травм костей правой стопы установлено не было.

И только через 3 месяца после травмы, в ходе МРТ-исследования правой стопы, выполненного в декабре 2019 года в частной клинике, у *Д.* был диагностирован «застарелый перелом ладьевидной кости правой стопы со смещением отломка» и было рекомендовано оперативное лечение.

По личной инициативе *Д.* решила продолжить свое лечение у родственников за границей (Германия), где ей в январе 2020 года была осуществлена необходимая диагностика, проведена операция на правой стопе («Открытая репозиция правой ладьевидной кости с остеосинтезом и фиксацией отломка с помощью пластин-клипс «EasyClip 10-15-13» и повторной вставки костной ткани в области прикрепления задней правой связки голеностопного сустава с помощью винта «Corcscrew FT» диаметром 2,7 мм»). Проведенное лечение и медицинская реабилитация *Д.* за рубежом, потребовали значительных материальных затрат и финансовых расходов пациентки.

В марте 2020 года *Д.* возвратилась в Россию и 15.04.2020 г. обратилась в один из районных судов Санкт-Петербурга с исковым заявлением, в котором указала, что последствиями несвоевременно обнаруженного у нее

закрытого краевого перелома ладьевидной кости правой стопы явились ее хромота и неспособность самостоятельно передвигаться без помощи вспомогательных средств (костыли). В своем иске *Д.* просила суд компенсировать причиненный ей моральный вред и значительные финансовые расходы, потраченные на лечение и реабилитацию (на сумму свыше 10 млн. руб.).

Члены экспертной комиссии должны были изучить предоставленные судом материалы гражданского дела, медицинские документы истицы, ее рентгенограммы и данные МРТ-исследования, выполненные в период сентябрь – декабрь 2019 г. и ответить на целый ряд вопросов, касающихся правильности установленных у *Д.* диагнозов, давности и механизма образования перелома ладьевидной кости правой стопы и причинах, не позволивших сразу установить у *Д.* правильный диагноз в момент ее первичного обращения за медицинской помощью (сентябрь 2019 года) и на последующих этапах амбулаторного лечения в нескольких медицинских организациях Санкт-Петербурга.

При повторном судебно-рентгенологическом исследовании рентгенограмм правой стопы *гр-ки Д.*, выполненных в прямой и косой проекциях в нескольких медицинских организациях Санкт-Петербурга в сентябре–декабре 2019 года (Рис. 1), объективных признаков краевого перелома ладьевидной кости правой стопы установлено не было (нарушение непрерывности контуров, изменение костной структуры, деформации видимых отделов стопы, в том числе и ладьевидной кости, не определяются; соотношения костей в суставах стопы не нарушены).

На магнитно-резонансных томограммах правого голеностопного сустава *гр-ки Д.* (Рис. 2), выполненных в декабре 2019 года, определяются посттравматические изменения ладьевидной кости в виде неправильно сросшегося краевого перелома верхней (тыльной) поверхности кости с наличием костного фрагмента неправильной треугольной формы с четкими, уплотненными контурами, замкнутой замыкательной пластиной.

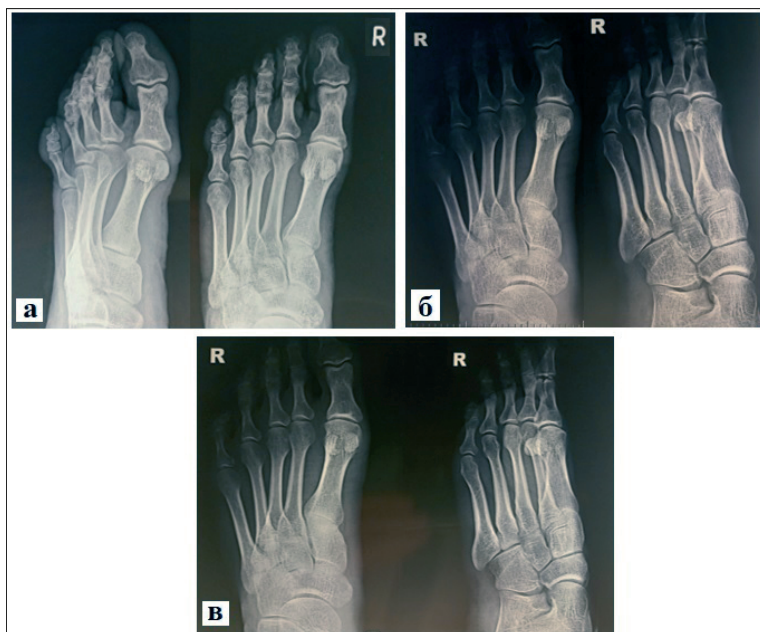
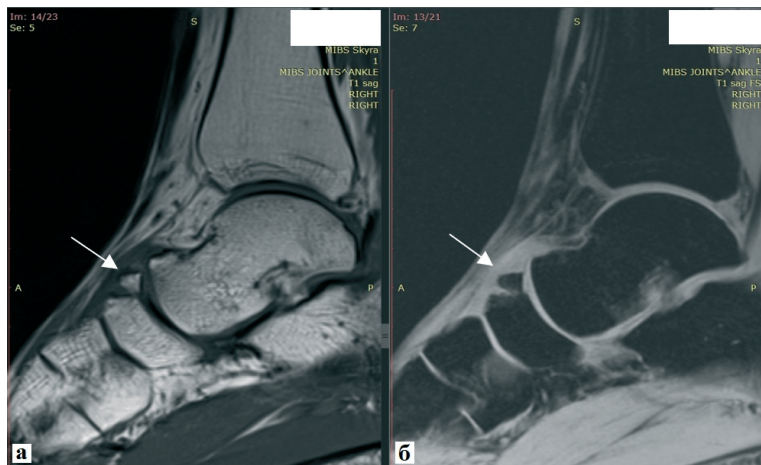


Рис. 1. Фотографии визиограмм правой стопы гр. Д. выполненные в прямой и косой проекциях в трех разных медицинских организациях Санкт-Петербурга:
а – 12 сентября 2019 года, б – 19 сентября 2019 года, в – 26 сентября 2019 года

МР-сигнал от костного мозга ладьевидной кости, в том числе в области перелома, не изменен. МРТ-исследование правого голеностопного сустава выполнялось Д. в том числе и в сагитальной плоскости, которая соответствовала боковой проекции рентгенографического исследования стопы. Послойное томографическое исследование в данной плоскости позволило отчетливо визуализировать зону перелома. При этом отсутствие реакции костного мозга в виде неизмененного МР-сигнала от прилежащих костных структур, свидетельствовало о значительной давности образования у Д. краевого перелома ладьевидной кости.

К причинам того, что перелом ладьевидной кости не мог визуализироваться на рентгенограммах, выполненных гр-ке Д. в сентябре 2019 года, можно отнести: особые условия укладки пациентки при

проведении ей рентгенографического исследования (классическая боковая проекция по неизвестным причинам у *Д.* не применялась); изначально в ближайшие дни после получения травмы у пациентки имелся краевой отрывной перелом ладьевидной кости небольшого объема без видимого смещения отломка; «особая» локализация перелома на фоне контуров нескольких костей стопы (кубовидная, три клиновидных, таранная) затрудняющая его визуализацию; объективные ограничения рентгенологического метода диагностики [18–20].



*Рис. 2. Фрагменты сканов МРТ-исследования правого голеностопного сустава и стопы гр. *Д.*, выполненного 14 декабря 2019 года; белыми стрелками обозначен неправильно сросшийся краевой перелом ладьевидной кости: а – T1 WI; б – T1 FS WI*

При этом стоит отметить, что отказ *Д.* от предложенного ей обследования и стационарного лечения в специализированной травматологической клинике в день ее первичного обращения, лишил врачей возможности провести пациентке полную диагностику полученной травмы с целью уточнения ее объема, механизма образования (отрывной характер перелом одного из краев ладьевидной кости) и выработки дальнейшей тактики хирургического, либо консервативного лечения. Помимо этого, невыполнение *Д.* рекомендаций врача травматолога-ортопеда по максимальному ограничению пациенткой двигательной активности могло способствовать

увеличению смещения отрывного отломка и диастаза с ладьевидной костью в процессе ходьбы и, соответственно, нарастанию объема травмы на этапе амбулаторного лечения вследствие частых передвижений *Д.* с поврежденной стопой, находящейся в ортезе. При этом, членами экспертной комиссии отмечено, что лечение имевшегося у *Д.* небольшого краевого перелома ладьевидной кости вначале было возможно консервативными методами в условиях специализированного стационара, при полном соблюдении пациенткой режима двигательной активности и врачебных рекомендаций. Однако вследствие отказа от госпитализации и допущенных нарушений у пациентки *Д.* имело место замедленное срастание перелома из-за постоянного смещения отломка, вследствие чего спустя почти 4 месяца после травмы (январь 2020 года) ей потребовалось уже хирургическое лечение, направленное на точное сопоставление и фиксацию отломка с ладьевидной костью и создание благоприятных условий для заживления перелома, которое было предложено *Д.* в одной из специализированных клиник Санкт-Петербурга, от которого она снова отказалась.

Жалобы *Д.* на хромоту в ближайшем послеоперационном периоде (январь-март 2020 года) были обусловлены тем, что процесс реабилитации данной пациентки еще не был завершен и ей требовалось более длительное время для восстановления опорной и двигательной функции поврежденной правой нижней конечности.

Таким образом, приведенный случай наглядно показывает, что несоблюдение врачами-рентгенологами рекомендованного алгоритма обследования больного может привести к диагностическим ошибкам клинических специалистов и, как следствие, возбуждению гражданских дел в судах о причинении вреда здоровью пациента вследствие допущенных дефектов диагностики и лечения, а также наступлению неблагоприятных исходов при оказании медицинской помощи пациентам. При этом невыполнение ими рекомендаций врачей может вести к неблагоприятному исходу даже в случаях правильно назначенного лечения [21–30].

Литература

1. Божченко А.П., Исмаилов М.Т., Никитин И.М. Состав преступления как фактор, определяющий подлежащие доказыванию обстоятельства и предмет судебно-медицинской экспертизы по делам о правонарушениях медицинских работников. *Медицинское право*. 2018; 2:7–11.
2. Бокин А.Н., Штарберг А.И., Кулеша Н.В. Лучевая диагностика как возможный источник ошибок при выполнении судебно-медицинских экспертиз. *Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы*. Хабаровск. 2014;14:19–21.
3. Клевно В.А., Тарасова Н.В. Судебно-медицинская оценка рентгенологических признаков повреждений костей и крупных суставов применительно к пунктам медицинских критериев вреда здоровью. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2017;20 (4):208–213.
4. Куличкова Д.В., Девятериков А.А. Роль лучевой диагностики при производстве судебно-медицинских экспертиз. В кн.: *Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы*. Хабаровск. 2020;78–80.
5. Тарасова Н.В. Судебно-медицинская оценка повреждений костей с применением методов лучевой диагностики: Дис. ... канд. мед. наук. М. 2017.
6. Хабова З.С., Фетисов В.А. Возможности современных методов клинической диагностики в судебно-медицинской оценке нарушений функции голеностопного сустава при его повреждениях. *Судебно-медицинская экспертиза*. 2012;55(5):4–7.
7. Хрисикополус Х. Ошибки в лучевой диагностике. М. ГЭОТАР-Медиа. 2021.
8. Штарберг А.И., Гиголян М.О., Черемкин М.И., Кулеша Н.В., Смирнова Е.А. К вопросу о необходимости критического подхода к данным лучевой диагностики в практике судебно-медицинского эксперта. В сборнике: *Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы*. Хабаровск. 2019;214–216.
9. Штарберг А.И., Крымцев А.В., Козловская Л.А., Кожурина О.Л., Анисенков В.И., Поляков Д.С. Лучевая диагностика как возможный источник ошибок в судебно-медицинской практике. В кн.: *Сборник трудов врачей-патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов за 2018–2019 гг.* Благовещенск. 2019; 87–89.
10. Штарберг А.И., Кулеша Н.В., Бокин А.Н., Смирнова Е.А., Поляков Д.С. Анализ ошибок при лучевой диагностике в судебно-медицинской практике. В кн.: *Судебная медицина: вопросы, проблемы, экспертная практика*. Новосибирск. 2018;4(25):12–16.
11. Fitzgerald R. Error in radiology. *Clin Radiol*. 2001;56:938–946.
12. Fitzgerald R. Radiological error: analysis, standard setting, targeted instruction and teamworking. *Eur Radiol*. 2005;15:1760–1767.
13. Norman G, Eva KW. Diagnostic error and clinical reasoning. *Med Educ*. 2010;44:94–100.
14. Ковалев А.В. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи. *Методические рекомендации*. М. 2017.
15. Коков Л.С., Кинле А.Ф., Сеницын В.Е., Филимонов Б.А. Возможности компьютерной и магнитно-резонансной томографии в судебно-медицинской экспертизе механической травмы и скоростной смерти (обзор литературы). *Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского*. 2015;2:16–26.

16. Хабова З.С., Фетисов В.А., Пирожкова Т.А. Диагностические методы обследования пострадавших с травмами голеностопного сустава (в клинической и экспертной практике). Медицинская экспертиза и право. 2012;5:10–13.
17. Ковалев А.В. судебно-медицинские экспертизы о профессиональных правонарушениях медицинских работников, назначаемые по уголовным и гражданским делам, в общей структуре судебно-медицинских экспертиз в России. Альманах судебной медицины. 2015;26(34):5–20.
18. Ростовцев М.В. Атлас рентгеноанатомии и укладок: руководство для врачей. М. ГЭОТАР-Медиа. 2017.
19. Саймон Р.Р., Шерман С.С., Кенигсхехт С.Дж. Неотложная травматология и ортопедия. Верхние и нижние конечности. Перевод с англ. М. Издательский дом БИНОМ. 2019.
20. Черемисин В.М., Ищенко Б.И. Неотложная лучевая диагностика механических повреждений: руководство для врачей. СПб. Гиппократ. 2003.
21. Баринев Е.Х., Калинин Р.Э., Ромодановский П.О. Компетенция судебно-медицинского эксперта при исследовании документов, входящих в материалы «врачебных» дел. Медицинское право: теория и практика. 2017;3-2(6):155–165.
22. Баринев Е.Х., Родин О.В., Тихомиров А.В. Предметная область судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг. Медицинская экспертиза и право. 2010;3:8–15.
23. Калинин Р.Э., Баринев Е.Х. Применение правовых норм при обосновании выводов комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам «врачебных» дел. Медицинское право: теория и практика. 2018;4(8):182–187.
24. Калинин Р.Э., Баринев Е.Х., Мальцев А.Е. Достоверность и качество материалов «врачебных» дел – залог обоснованности судебно-медицинской экспертизы. Вятский медицинский вестник. 2018;4(60):64–66.
25. Клевню В.А., Веселкина О.В., Сидорович Ю.В. Проблемные вопросы организации и производства экспертиз дефектов медицинской помощи по уголовным делам. Медицинское право: теория и практика. 2017. 3(5):249–260.
26. Ковалев А.В., Плетянова И.В., Фетисов В.А. Пределы экспертной компетенции в оценке нарушений требований ведомственных нормативных правовых документов при проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» в уголовном судопроизводстве. Судебно-медицинская экспертиза. 2014;57(5):21–24.
27. Симонян Р.З. Врачебные дела в уголовном процессе как результат неблагоприятных последствий оказания медицинской помощи. Евразийское научное объединение. 2018;10-2(44):157–160.
28. Фокин М.М., Райтер М.Б. «Врачебное дело» в гражданском процессе: типичные ошибки системы правосудия. Медицинское право: теория и практика. 2015;1(1):359–365.
29. Шмаров Л.А. Проблемы причинности в судебно-медицинских экспертизах по «врачебным делам». Судебно-медицинская экспертиза. 2021;64(1):5–11.
30. Шмаров Л.А. Соотнесение результатов выполнения судебно-медицинских экспертиз с решениями судов по искам к медицинским организациям. Судебно-медицинская экспертиза. 2020;63(3):8–12.

ПРАВОВОЙ СТАТУС УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ: ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ

д.м.н. А.В. Ковалев¹, д.ю.н., профессор В.Ю. Владимиров^{1,2},
к.м.н., доц. Г.Х. Романенко¹

¹Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования
Минздрава России, Москва

²Академия управления МВД России, Москва

Аннотация: В статье рассмотрены актуальные вопросы совершенствования качества организации и оказания медицинской помощи. Решение данной проблемы неразрывно связано с правовым регулированием организации и оказания медицинской помощи, а также выполнения медицинских экспертиз. В Российской Федерации медицинская помощь организуется в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи. Отсутствие в законодательстве положений о правовом статусе учебно-методических материалов или иных методических материалов создает правовые коллизии, затрудняет оказание качественной медицинской помощи, судопроизводство и экспертную оценку при проведении медицинских экспертиз. Авторами предложено закрепить на законодательном уровне правовой статус указанных материалов.

Ключевые слова: пациент, медицинская помощь, надлежащее оказание медицинской помощи, медицинская экспертиза, судебно-медицинская экспертиза, методические материалы, учебные материалы, нормативное правовое регулирование.

LEGAL STATUS OF EDUCATIONAL AND METHODOLOGICAL MATERIALS: DISCUSSION QUESTIONS

A.V. Kovalev¹, V.Yu. Vladimirov^{1,2}, G.H. Romanenko¹

¹Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of the Ministry of Health of Russian Federation, Moscow

²Academy of Management of the Ministry of Internal Affairs of Russian Federation, Moscow

Summary: The article deals with topical issues of improving the quality of the organization and provision of medical care. The solution to this problem is inextricably linked with the legal regulation of the organization and provision of medical care, as well as the performance of medical expertise. In the Russian Federation, medical care is organized in accordance with the regulation on the organization of medical care, the procedures for providing medical care, based on clinical recommendations and taking into account the standards of medical care. The absence in the legislation of provisions on the legal status of educational and methodological materials or other methodological materials creates legal conflicts, makes it difficult to provide quality medical care, legal proceedings and expert assessment during medical expertise. The authors proposed to fix the legal status of these materials at the legislative level.

Keywords: patient, medical care, proper medical care, medical examination, forensic medical expertise, methodological materials, educational materials, legal regulation.

Проблема качества организации и оказания медицинской помощи гражданам в Российской Федерации и ее надлежащий характер продолжают оставаться одной из наиболее актуальных социальных проблем. Решение данной проблемы неразрывно связано с нормативным правовым регулированием, как собственно организации и оказания медицинской помощи, так и выполнения медицинских экспертиз, которые являются проводимым в установленном порядке исследованием, направленным на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина [1-13]. Данное положение законодательно закреплено в статье 58 «Медицинская экспертиза» Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Федеральный закон № 323-ФЗ) [14]. Указанная статья устанавливает закрытый перечень выполняемых видов медицинских экспертиз: 1) экспертиза временной нетрудоспособности; 2) медико-социальная экспертиза; 3) военно-врачебная экспертиза; 4) судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы; 5) экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией; 6) экспертиза качества медицинской помощи. Также данной статьей предусмотрено проведение независимой медицинской экспертизы в порядке и в случаях, которые установлены положением о независимой медицинской экспертизе, утверждаемым Правительством Российской Федерации. В случае, предусмотренном статьей 61 Федерального закона № 323-ФЗ, может проводиться независимая военно-врачебная экспертиза.

Федеральный закон № 323-ФЗ регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации (далее - в сфере охраны здоровья), и определяет: 1) правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан; 2) права и обязанности

человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав; 3) полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья; 4) права и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья; 5) права и обязанности медицинских работников и фармацевтических работников (статья 1 «Предмет регулирования настоящего Федерального закона»).

Статьей 2 «Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе» Федерального закона № 323-ФЗ определены основные понятия, используемые в нем, в том числе понятия здоровья, охраны здоровья граждан, медицинской помощи, медицинской услуги, медицинского вмешательства, пациента, медицинской организации, медицинского и фармацевтического работника, лечащего врача, заболевания, состояния, качества медицинской помощи, клинических рекомендаций и другие понятия.

Под качеством медицинской помощи законодатель подразумевает совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата (пункт 21 части 1 статьи 2).

Следует особо отметить, что частью 2 статьи 2 законодатель предусмотрел положение о том, что понятия, указанные в настоящей статье, *могут быть уточнены* в соответствии с программой экспериментального правового режима в сфере цифровых инноваций, утверждаемой в соответствии с Федеральным законом от 31.07.2020 № 258-ФЗ «Об экспериментальных правовых режимах в сфере цифровых инноваций в

Российской Федерации» (часть 2 введена Федеральным законом от 02.07.2021 № 331-ФЗ) [15,16].

В статье 8 «Объективность, всесторонность и полнота исследований» Федерального закона от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 73-ФЗ) законодатель установил, что эксперт проводит исследования объективно, на строго научной и практической основе, в пределах соответствующей специальности, всесторонне и в полном объеме, а также закрепил положение о том, что заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе *общепринятых научных и практических данных* [17].

Таким образом, законодателем особо подчеркнуто, что при проведении медицинских экспертиз, в частности судебно-медицинских, заключение эксперта должно основываться на таких положениях, которые дают возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических медицинских данных.

В статье 11 «Государственные судебно-экспертные учреждения» Федерального закона № 73-ФЗ законодателем также закреплено положение о том, что государственные судебно-экспертные учреждения одного и того же профиля осуществляют деятельность по организации и производству судебной экспертизы на основе *единого научно-методического подхода к экспертной практике, профессиональной подготовке и специализации экспертов*.

В пункте 6 статьи 2 «Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе» Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» дано понятие федерального государственного образовательного стандарта (ФГОС), определяемого как совокупность обязательных требований к образованию определенного уровня и (или) к профессии, специальности и направлению подготовки,

утвержденных в зависимости от уровня образования федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере общего образования, или федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере высшего образования [18].

Учебно-методический комплекс (далее – УМК) любой медицинской дисциплины – это совокупность учебно-методической документации, средств обучения и контроля, разрабатываемых для конкретной дисциплины. УМК включает в себя, в том числе различные «учебно-методические материалы», перечень которых является открытым и динамически меняющимся. Это учебники, руководства, атласы, справочники, учебные и учебно-методические пособия, учебные образовательные модули и другие материалы. Вполне логично и правомерно в них включать также методические рекомендации, информационные письма, научные публикации, технические протоколы и методические рекомендации Всемирной организации здравоохранения и другие материалы. Указанные «учебно-методические материалы» могут быть представлены как в виде печатных изданий, так и размещены на различных официальных электронных ресурсах.

В то же время, статьей 37 «Организация оказания медицинской помощи» Федерального закона № 323-ФЗ предусмотрено, что медицинская помощь, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации, *организуется и оказывается*: 1) в соответствии с *положением об организации оказания медицинской помощи* по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти; 2) в соответствии с *порядками оказания медицинской помощи*, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и обязательными для исполнения на

территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями; 3) на основе *клинических рекомендаций*; 4) с учетом *стандартов медицинской помощи*, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Указанный перечень нормативных правовых актов, определяющих порядок организации и оказания медицинской помощи в целом, является *закрытым*.

В соответствии с частью 3 данной статьи, клинические рекомендации разрабатываются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) с указанием медицинских услуг, предусмотренных номенклатурой медицинских услуг. Перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), по которым разрабатываются клинические рекомендации, формируется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти на основании установленных им критериев.

Частью 4 данной статьи предусмотрено, что они подлежат рассмотрению научно-практическим советом, созданным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. По результатам рассмотрения научно-практический совет принимает решение об одобрении, отклонении или направлении клинических рекомендаций на доработку, после чего возвращает указанные клинические рекомендации в представившую их медицинскую профессиональную некоммерческую организацию с приложением соответствующего решения.

В состав указанного научно-практического совета входят представители подведомственных уполномоченному федеральному органу исполнительной власти научных организаций, образовательных организаций высшего образования, медицинских организаций. Положение о научно-практическом совете и его состав утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (часть 5 статьи 37).

Что особо важно и предусмотрено частью 6 указанной статьи – клинические рекомендации, одобренные научно-практическим советом, утверждаются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями.

По каждому заболеванию, состоянию (группе заболеваний, состояний) для взрослых и детей может быть одобрено и утверждено соответственно не более одной клинической рекомендации (часть 7 статьи 37).

В случае поступления в научно-практический совет нескольких клинических рекомендаций по одному заболеванию, состоянию (группе заболеваний, состояний) от нескольких медицинских профессиональных некоммерческих организаций научно-практический совет либо принимает решение об одобрении одной из поступивших клинических рекомендаций, либо организует работу по совместной разработке медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, направившими указанные клинические рекомендации, одной клинической рекомендации (часть 8 статьи 37).

Порядок и сроки разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовая форма клинических рекомендаций и требования к их структуре, требования к составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации, порядок и сроки одобрения и утверждения клинических рекомендаций, критерии принятия научно-практическим советом решения об одобрении, отклонении или направлении на доработку клинической рекомендации либо решения о пересмотре клинической рекомендации утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (часть 9 статьи 37).

Клинические рекомендации пересматриваются не реже одного раза в три года (часть 10 статьи 37).

В случае непредставления для одобрения или пересмотра медицинскими профессиональными некоммерческими организациями в установленные сроки клинических рекомендаций разработку клинических

рекомендаций осуществляет научно-практический совет с привлечением иных медицинских профессиональных некоммерческих организаций, имеющих в своем составе медицинских работников по соответствующей специальности (часть 11 статьи 37).

Медицинские профессиональные некоммерческие организации имеют право разрабатывать клинические рекомендации по заболеваниям, состояниям (группам заболеваний, состояний), не включенным в перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), предусмотренный частью 3 настоящей статьи. Такие клинические рекомендации подлежат одобрению и утверждению в порядке, установленном настоящей статьей (часть 12 статьи 37).

Клинические рекомендации, одобренные научно-практическим советом и утвержденные медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, размещаются на официальном сайте уполномоченного федерального органа исполнительной власти в сети «Интернет» (часть 13 статьи 37).

Как уже неоднократно отмечалось многими авторами, судебно-медицинские экспертизы по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников (по так называемым «врачебным делам») являются наиболее актуальными, сложными и трудоемкими видами практической деятельности судебно-медицинских экспертов. По указанным причинам их проведение потребовало унификации. Общепринято, что *ненадлежащее оказание медицинской помощи* пациенту – оказание медицинской помощи пациенту не в соответствии с общепринятыми порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, разработанными и утвержденными медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, в том числе технические и лечебно-диагностические ошибки при оказании медицинской помощи пациенту. Не

подвергается сомнению тот очевидный факт, что *наличие или отсутствие причинной (прямой) связи, а также непрямой (косвенной, опосредованной) причинной связи* между действием (бездействием) медицинского работника и наступлением у пациента неблагоприятного исхода устанавливается судебно-медицинской экспертной комиссией в соответствии с *общепринятыми в медицине представлениями об этиологии, патогенезе, клинической картине и лечении* в отношении конкретной нозологической единицы заболевания, травмы, состояния у данного конкретного пациента [1,3,6,9].

Казалось бы, все актуальные нормативные правовые вопросы организации и оказания медицинской помощи урегулированы законодателем и федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья. Но очевидно, что иногда по целому ряду объективных причин ряд этих положений и требований невыполним или не отвечает законным интересам пациента.

Пересмотр клинических рекомендаций в какие-то условно установленные федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья фиксированные сроки является зачастую недопустимым для пациентов, что было подтверждено, в частности, в процессе организации и оказания гражданам медицинской помощи по различным ее видам в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19.

В качестве характерного примера возникшей правовой коллизии можно привести такой документ как *Временные методические рекомендации «Диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)»*, утверждаемый заместителями Министра здравоохранения Российской Федерации, и являющийся именно *методическими* рекомендациями, не имеющими правового статуса *клинических* рекомендаций.

Отсутствие в Федеральном законе № 323-ФЗ положений о правовом статусе «учебно-методических материалов» или «иных методических материалов» создает правовые коллизии в правоприменительной практике, затрудняет оказание качественной медицинской помощи, судопроизводство

и, соответственно, экспертную оценку при проведении медицинских экспертиз выявленных фактов и причинно-следственных связей между действием (бездействием) медицинских и фармацевтических работников и наступлением неблагоприятных исходов при оказании медицинской помощи пациентам.

На основании вышеизложенного, полагаем, что в соответствии с частью 2 статьи 2 Федерального закона № 323-ФЗ понятия, перечисленные в данной статье, могут и должны быть уточнены и дополнены законодателем в соответствии с программой экспериментального правового режима в сфере цифровых инноваций, утверждаемой в соответствии с Федеральным законом от 31.07.2020 № 258-ФЗ «Об экспериментальных правовых режимах в сфере цифровых инноваций в Российской Федерации». В частности, данная статья должна быть дополнена понятиями «учебно-методических материалов» или «иных методических материалов», при этом, перечень их следует оставить открытым. Это позволит на законодательном уровне закрепить правовой статус указанных материалов, повысить качество оказания медицинской помощи, ее доступность для граждан Российской Федерации, а также повысить объективность и качество проведения самих медицинских экспертиз. Также это позволит не устанавливать жесткие временные рамки порядков организации и оказания медицинской помощи по конкретным ее видам, утверждаемых федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья. Эта необходимость уже стала очевидной как для пациента, так и для медицинского и фармацевтического работника, судебно-медицинского эксперта, а также правоприменителя.

Литература

1. Ковалев А.В. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи: Методические рекомендации (2-е изд., переработанное и дополненное). М.: Минздрав России; 2017.
2. Ковалев А.В., Владимиров В.Ю., Горбулинская И.Н., Романенко Г.Х. Правовые и организационно-тактические вопросы взаимодействия органов предварительного расследования, суда и государственных судебно-экспертных учреждений при назначении

и проведении судебных экспертиз. Информационный бюллетень «Вопросы экспертной практики» (специальный выпуск). В сб.: Материалы II международной научно-практической конференции «Дискуссионные вопросы теории и практики судебной экспертизы» (Москва, 26-27 октября 2017 г.). М.: Ассоциация «НОЦЭ»; 2017;135-142.

3. Баринов Е.Х., Добровольская Н.Е., Михеева Н.А., Ковалев А.В., Поздеев А.Р., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н. Ненадлежащее оказание медицинской помощи. Судебно-медицинская экспертиза: Учебное пособие. Под ред. П.О. Ромодановского, А.В. Ковалева, Е.Х. Баринова. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018.

4. Владимиров В.Ю., Ковалев А.В., Романенко Г.Х., Забродский Я.Д. К вопросу о необходимости совершенствования правового обеспечения судебно-экспертной деятельности. Эксперт-криминалист. 2018;4:6-9.

5. Ковалев А.В., Лобан И.Е. Управление государственной судебно-медицинской деятельностью в России как научная проблема: краткий исторический анализ и перспективы исследования. Судебно-медицинская экспертиза. 2018;61(5):4-13. <https://doi.org/10.17116/sudmed2018610514>

6. Баринов Е.Х., Ковалев А.В., Россинская Е.Р., Сундуков Д.В. Судебно-медицинские экспертизы в гражданском судопроизводстве. В кн.: Судебная экспертиза в цивилистических процессах: Научно-практическое пособие. Под ред. Е.Р. Россинской. М.: Проспект; 2018;618-658.

7. Владимиров В.Ю., Ковалев А.В., Горбулинская И.Н. Судебно-экспертная деятельность в современном уголовно-процессуальном пространстве России. Научная школа уголовного процесса и криминалистики Санкт-Петербургского государственного университета: Уголовная юстиция XXI века (к 15-летию практики применения УПК РФ). В сб.: Сборник статей по материалам международной научно-практической конференции (Санкт-Петербург, 23-24 июня 2017 г.). Под ред. П.П. Кирилловой, Н.Г. Стойко. Красноярск: ООО «Центр социальных и правовых технологий»; 2018;298-304.

8. Ковалев А.В., Владимиров В.Ю., Минаева П.В. Медицинские услуги: криминализация и границы разумного. Уголовное право: стратегия развития в XXI веке. В сб.: Материалы XVI международной научно-практической конференции (Москва, 24-25 января 2019 г.). М.: Проспект; 2019;608-614.

9. Баринов Е.Х., Сундуков Д.В., Ковалев А.В., Романова О.Л. Судебно-медицинские экспертизы в гражданском процессе: Учебное пособие. М.: Российский университет дружбы народов; 2019.

10. Ковалев А.В., Владимиров В.Ю., Минаева П.В. О необходимости унификации законодательства о судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации. Энциклопедия судебной экспертизы: Научно-практический журнал. 2019;1(20). Электронный ресурс. [Доступно по: www.proexpertiza.ru/archive/819/]

11. Ковалев А.В., Макаров И.Ю., Владимиров В.Ю., Забродский Я.Д. О необходимости унификации правового обеспечения судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации. Достижения российской судебно-медицинской науки XX-XXI столетия: к 100-летию со дня образования современных судебно-экспертных школ. В сб.: Труды VIII Всероссийского съезда судебных медиков с международным участием (Москва, 21-23 ноября 2018 г.). Том. 1. Под общ. ред. д.м.н. А.В. Ковалева. М.: ООО «Принт»; 2019;78-84.

12. Владимиров В.Ю., Ковалев А.В. Актуализация судебно-экспертной проблематики. Юридическая наука: история и современность. 2019;10:115-121.

13. Шмаров Л.А. Бездействие и причинность. Судебно-медицинская экспертиза. 2021;64(2):58–62. <https://doi.org/10.17116/sudmed20216402158>

14. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». [Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/]

15. Федеральный закон от 31.07.2020 № 258-ФЗ «Об экспериментальных правовых режимах в сфере цифровых инноваций в Российской Федерации». [Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_358738/]

16. Федеральный закон от 02.07.2021 № 331-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об экспериментальных правовых режимах в сфере цифровых инноваций в Российской Федерации». [Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_389015/]

17. Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации». [Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_31871/]

18. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». [Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/].

ПРОИЗВОДСТВО КОМИССИОННОЙ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ДЕЛАМ, СВЯЗАННЫМ С ЖАЛОБАМИ РОДСТВЕННИКОВ НА НЕПРАВИЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

к.м.н., доцент А.В. Копылов, к.м.н. М.В. Берлай

*ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь*

Аннотация: При анализе статических показателей в Российской Федерации отмечается снижение перинатальной и детской смертности, при стабильно высоких показателях первичной инвалидности детей. Проведение комиссионных судебно-медицинских экспертиз в отношении детей-инвалидов имеет особенности, что диктует необходимость изучения судебно-медицинской практики и разработки практических рекомендаций. Проведён ретроспективный анализ 15 комиссионных судебно-медицинских экспертиз в отношении детей-инвалидов за период 2018-2021 годы, выполненных в отделе сложных экспертиз в ГБУЗ Ставропольского края «Краевое бюро судебно-медицинской экспертизы». Судебно-гистологическое исследование секционного материала и следа в рамках комиссионной судебно-медицинской экспертизы позволяет в категоричной форме ответить на ряд важных вопросов следствия и суда.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, врачебные дела, дети, первичная инвалидность, детская смертность.

*PRODUCTION OF COMMISSION FORENSIC MEDICAL EXAMINATION
IN CASES RELATED TO COMPLAINTS OF RELATIVES FOR
INCORRECT DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHILDREN WITH
DISABLING DISEASES*

*A.V. Kopylov, M.V. Berlay
Stavropol State Medical University, Stavropol*

Summary: *When analyzing static indicators in the Russian Federation, there is a decrease in perinatal and child mortality, with consistently high rates of primary disability in children. Carrying out commission forensic medical examinations in relation to children with disabilities has its own peculiarities, which dictates the need to study forensic medical practice and develop practical recommendations. A retrospective analysis of 15 commission forensic examinations in relation to children with disabilities for the period 2018-2021, performed in the department of complex examinations at the State Budgetary Institution of Healthcare of the Stavropol Territory «Regional Bureau of Forensic Medical Examination», was carried out. The forensic histological examination of the sectional material and placenta within the framework of the commission forensic medical examination makes it possible to categorically answer a number of important questions of the investigation and the court.*

Keywords: *forensic medical examination, medical cases, children, primary disability, infant mortality.*

Судебно-медицинская экспертиза по делам, связанными с профессиональными правонарушениями медицинских работников, является одним из сложных разделов судебно-медицинской практики и проводится только комиссионно. Несмотря на относительное большое число научных работ, до сих пор нет методических рекомендаций, посвящённых особенностям проведения экспертиз в отношении детей. Подобные случаи всё чаще сопровождаются жалобами родственников в следственные органы на неправильную диагностику во время беременности и ведение родов, неправильное оказание медицинской помощи новорожденному.

Жизнь и здоровье детей всегда являются приоритетом для родителей. Жалобы на какие-либо упущения, промахи, ошибки в действиях медицинских работников при оказании медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам, а также новорожденным детям имеют особый эмоциональный накал. Рассмотрение жалоб в следственных органах влечёт за собой назначение комиссионной судебно-медицинской экспертизы. Данный вид экспертной деятельности требует тщательной подготовки и анализа большого объема медицинской документации. Экспертизы проводятся с

участием высококвалифицированных практикующих специалистов соответствующего клинического профиля, работающих в медицинских организациях системы здравоохранения и в учреждениях высшего профессионального медицинского образования [1].

Актуальность освещения особенностей проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз у детей-инвалидов не вызывает сомнений, поскольку переход к рыночным отношениям приводит к увеличению числа экспертиз по данной категории дел. Всё чаще родственники и законные представители обращаются с исками в судебные инстанции с требованиями о возмещении ущерба, причинённого неправильным оказанием медицинской помощи.

Здоровье ребёнка неразрывно связано с состоянием здоровья матери до наступления беременности, особенностями течения беременности и родов. Поэтому важным аспектом при проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз является изучение членами комиссии первичной медицинской документации в отношении беременной, роженицы и родильницы.

Особое значение при проведении экспертиз в отношении детей, страдающих инвалидизирующими заболеваниями, приобретает анализ своевременности и полноты скрининговых ультразвуковых исследований беременности, исследований сывороточных маркеров PAPP-A и свободного ХГЧ для расчета рисков хромосомных аномалий, исследования на половые инфекции (TORCH).

По каждому эпизоду стационарного лечения ребёнка – в условиях отделения для новорожденных и недоношенных детей, детских неврологических отделений, детских кардиологических отделений, детских хирургических отделений необходимо изучение медицинских карт в полном объёме с анализом дневниковых записей, клинико-инструментального обследования и врачебных назначений [2].

Проводя комиссионную судебно-медицинскую экспертизу по так называемому «врачебному делу» экспертная комиссия в первую очередь должна 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 частью 2 статьи 76 ФЗ-323.

Установление дефектов оказания медицинской помощи, причинно-следственной связи между действиями медицинских работников и наступление неблагоприятного исхода отражено в Методических рекомендациях ФГБУ ЦСМЭ «Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи» (2017 г.).

Нормативные правовые акты Министерства здравоохранения РФ - Приказ МЗ РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» регламентируют события, произошедшие до 20 октября 2020 года. С указанной выше даты вступил в силу Приказ МЗ РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» Указанные выше Приказы МЗ РФ позволяют судебно-медицинской комиссии оценить полноту и правильность ведения беременности и родов.

При анализе статических показателей в Российской Федерации отмечается снижение перинатальной и детской смертности, при стабильно высоких показателях первичной инвалидности детей [3, 4]. Проведение комиссионных судебно-медицинских экспертиз в отношении детей-инвалидов имеет ряд особенностей, что диктует необходимость проведения ретроспективного анализа судебно-медицинской практики и разработки практических рекомендаций.

Цель исследования – определить особенности проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз в отношении детей – инвалидов и оценить возможности использования гистологического архива.

Материал и методы: ретроспективный анализ 15 комиссионных судебно-медицинских экспертиз в отношении детей-инвалидов за период 2018-2021 годы, выполненных в отделе сложных экспертиз в ГБУЗ Ставропольского края «Краевое бюро судебно-медицинской экспертизы».

Результаты и обсуждение. При ретроспективном анализе комиссионных судебно-медицинских экспертиз (КСМЭ) в отношении детей-инвалидов было отмечено, что в большинстве случаев выносились постановления: следователями Следственного комитета РФ – 12 случаев (80%), инспекторами ОДН МВД – 2 (13,3%), дознавателем ОМВД – 1 (6,7%).

Стандартными вопросами в постановлениях о правильности оказания медицинской помощи было установление имеющихся дефектов оказания медицинской помощи, возможной тяжести вреда, причиненному здоровью и причинно-следственной связи между недостатками оказания медицинской помощи и наступившим неблагоприятным исходом.

В ГБУЗ Ставропольского края «Краевое бюро судебно-медицинской экспертизы» при проведении КСМЭ в отношении детей-инвалидов привлекались высококвалифицированные врачи различных клинических специальностей, не состоящих в штате Бюро судебно-медицинской экспертизы (акушеры-гинекологи, реаниматологи, неонатологи, детские неврологи, кардиологи и хирурги) и профессорско-преподавательских состав Ставропольского государственного медицинского университета. В особо сложных случаях одновременно участвовало 5 из вышеперечисленных специалистов.

В 6 наблюдениях (40%) КСМЭ проводились в отношении живых лиц (детей-инвалидов). При этом членами экспертной комиссии было осмотрено 4 детей (26,7%). В 2 эпизодах (13,3) от следователя поступило разрешение о проведении КСМЭ по данным медицинской документации.

В большинстве случаев – 9 (60%) экспертизы проводились в случаях летальных исходов детей. В 6 наблюдениях (40%) в рамках КСМЭ выполнялось повторное исследование судебно-медицинского гистологического архива, в 3 случаях (20%) – патологоанатомического архива. Исследование гистологического архива в рамках КСМЭ выполнялось во всех наблюдениях штатными судебно-медицинскими экспертами – гистологами.

Во всех 15 наблюдениях (100%) следователям направлялись ходатайства о предоставлении патогистологического архива последа, которое было удовлетворено в 11 случаях (73,3%). Экспертами – гистологами проводилась оценка микроскопических изменений в плаценте, оболочках, пуповине. В 9 случаях (60%) выявлены признаки воспаления (децидуиты, виллузиты) и хронической плацентарной недостаточности, в 2 (13,3%) – острой плацентарной недостаточности.

Необходимо подчеркнуть, что квалифицированное гистологическое исследование последа имеет первостепенное значение для диагностики причины внутриутробной гипоксии и внутриутробного инфицирования новорожденных. Однако особенности использования гистологического архива последа в рамках проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз, в том числе в отношении детей-инвалидов, **не освещено в нормативных документах**. При гистологическом исследовании последа достоверно подтверждается внутриутробное инфицирование плода и новорожденного.

При ретроспективном анализе нозологических форм отмечено, что комиссионные экспертизы проводились по поводу врожденных пороков сердца у детей – 5 наблюдений (33,3%), врожденных сочетанных пороков сердца, сосудов и легких – 3 (20%), заболеваний нервной системы: детский церебральный паралич – 5 (33,3%), врожденная миотония – 1 (6,7%), паралич плечевого сплетения Дюшена-Эрба – 1 (6,7%).

При уточнении возрастных особенностей отмечено, что комиссионные

судебно-медицинские экспертизы выполнялись в отношении детей от 1 месяца до 5 лет. При этом возраст детей-инвалидов при летальном исходе составил от 1 месяца до 3 лет. Возраст детей, прошедших судебно-медицинское освидетельствование в ходе комиссионной судебно-медицинской экспертизы, более старший – от 2 до 5 лет.

При анализе медицинской документации во всех 15 наблюдениях (100%) у беременных женщин отсутствовала прегравидарная подготовка систем организма до наступления беременности с целью выявления и лечения хронических очагов инфекции и соматической патологии.

Краткие выводы. Проведение комиссионных судебно-медицинских экспертиз в отношении детей-инвалидов требует привлечение широкого круга узких специалистов соответствующих клинических специальностей. Судебно-гистологическое исследование секционного материала и последа в рамках комиссионной судебно-медицинской экспертизы позволяет в категоричной форме ответить на ряд важных вопросов следствия и суда, в том числе установить причину смерти и причинно-следственную связь между недостатками оказания медицинской помощи и наступившим неблагоприятным исходом.

Литература

1. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи: Методические рекомендации / А.В. Ковалев // М.: ФГБУ «РЦСМЭ», 2017. – 29 с.
2. Черкалина Е.Н. Особенности проведенных комиссионных судебно-медицинских экспертиз в случаях ненадлежащего оказания акушерско-гинекологической помощи / Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 55-летию кафедры судебной медицины Медицинского института Российского университета дружбы народов. Под ред. Д. В. Сундукова, М. Л. Благодрава // М. : РУДН, 2020. - С. 211-224.
3. Особенности судебно-медицинских исследований плодов и новорожденных / В.В. Власюк, А.П. Божченко, Ю.П. Панчук, И.А. Толмачев // Судебно-медицинская экспертиза. – 2020. – Т.63, №5. – С. 49-53.
4. Экспертиза трупов плодов и новорожденных: Методические рекомендации / Колкутин В.В., Кира Е.Ф., Баринев Е.Х., Филатов В.В., Ноздряков К.В., Русакова Т.И., Смирнова Т.В. // М.: РЦСМЭ; 2002.

КОМИССИОННАЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КАК ВАЖНЕЙШЕЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВО ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ И СУДЕБНОМ РАССМОТРЕНИИ ДАННОЙ КАТЕГОРИИ УГОЛОВНЫХ ДЕЛ. ПОРЯДОК НАЗНАЧЕНИЯ И ПРОВЕДЕНИЯ

к.м.н. А.В. Копылов^{1,2}, к.м.н. И.И. Федько^{1,2}, к.м.н. И.А. Гатило²,
к.м.н. М.В. Берлай^{1,2}, Х.А. Аванесян^{1,2}

¹ГБУЗ Ставропольского края «Краевое Бюро судебно-медицинской экспертизы», Ставрополь

²ФГБОУВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, Ставрополь

Аннотация: Комиссионная судебно-медицинская экспертиза, назначаемая по фактам профессиональных правонарушений медицинских работников, является важнейшим доказательством на всех процессуальных стадиях расследования. В статье представлены особенности условий и протокола назначения и организации судебно-медицинских экспертиз по фактам профессиональных правонарушений медицинских работников. Указаны проблемы, выявляемые при назначении комиссионных судебно-медицинских экспертиз, и предложено их решение.

Ключевые слова: комиссионная судебно-медицинская экспертиза, комплексная судебно-медицинская экспертиза, профессиональные правонарушения медицинских работников, иатрогеници.

COMMISSION FORENSIC MEDICAL EXAMINATION OF PROFESSIONAL OFFENSES OF MEDICAL WORKERS AS THE MOST IMPORTANT EVIDENCE IN THE INVESTIGATION AND JUDICIAL REVIEW OF THIS CATEGORY OF CRIMINAL CASES: THE PROCEDURE FOR APPOINTMENT AND CONDUCT

A.V.Kopylov^{1,2}, I.I.Fedko^{1,2}, I.A. Gatilo², M.V.Berlai^{1,2}, H.A. Avanesyan^{1,2}

¹State Budgetary Healthcare Institution of the Stavropol Territory «Regional Bureau of Forensic Medical Examination», Stavropol

²Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Stavropol State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Stavropol

Summary: Commission forensic medical examination, appointed on the facts of professional offenses of medical workers, is the most important evidence at all procedural stages of the investigation. The article presents the features of the conditions and protocol for the appointment and organization of forensic medical examinations on the facts of professional offenses of medical workers. The problems identified during the appointment of commission forensic examinations are indicated and their solution is proposed.

Keywords: commission forensic medical examination, complex forensic medical examination, professional offenses of medical workers, iatrogenic.

Назначение и организация комиссионных судебно-медицинских экспертиз по уголовным делам о преступлениях вследствие нарушения медицинскими работниками профессиональных обязанностей, проводятся только в государственных судебно-экспертных учреждениях субъекта РФ в Отделе сложных (комиссионных экспертиз) [1]. По работе этого Отдела судят о квалификации и профессиональных компетенциях сотрудников Бюро, которые ложатся в основу деловой репутации и имиджа экспертного учреждения и являются критерием доверия судебно-следственных органов.

Качество экспертных выводов во многом зависит от того, насколько грамотно решены вопросы, связанные с назначением и организацией таких экспертиз и напрямую влияют на качество расследования и судебного рассмотрения данной категории уголовных дел.

В свою очередь, производство комиссионных судебно-медицинских экспертиз (КСМЭ) по материалам уголовных дел (УД) в связи с нарушениями профессиональных обязанностей медработниками является одним из наиболее сложных и трудоемких разделов практической экспертной работы.

Назначение и организация КСМЭ по УД о «врачебных» преступлениях характеризуется целым рядом особенностей и, прежде всего, возникающие вопросы носят взаимосвязанный (смежный) характер и успешное их решение зависит от четкого взаимодействия следователя с экспертом и с медучреждениями, куда пациент обращался.

Как было сказано выше, КСМЭ назначаются и проводятся только в государственных судебно-медицинских экспертных учреждениях, как трактуют УПК РФ и 73-ФЗ, принимаются как доказательства, только те экспертизы, которые исполнены в государственных судебно-экспертных учреждениях [1,2].

Комиссионная, как и все другие экспертизы, проводится на основании УПК, ФЗ 73, приказов МЗиСР №194н от 24.04.2008 г. «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного

здоровью человека» и №346н от 12.05.2010 г. «О порядке организации и производства СМЭ в государственных судебно-медицинских учреждениях Российской Федерации» [1,2].

Комиссионные экспертизы проводятся экспертами одной специальности – врач «Лечебное дело». В этом отличие от комплексных комиссионных экспертиз, в которых принимают участие не только врачи, а эксперты других специальностей (баллисты, трасологи, автотехники, криминалисты и т.д.). Аргумент, что врачи имеют разную специализацию – хирург, травматолог, невропатолог, акушер-гинеколог, не имеет оснований для рассмотрения участников комиссии, как специалистов, имеющих разную специальность.

Некоторые юристы и руководители экспертных учреждений трактуют данный вид комиссионной экспертизы как комплексный, что неверно и противоречит УПК РФ и 73-ФЗ [1,2].

Как показывает практика, материалы уголовных дел в Отдел комиссионных экспертиз поступают неукomплектованными, и мы обязаны их принять. Требуется время для запросов через лицо, назначившее экспертизу медицинских документов, результатов дополнительных исследований (КТ, МРТ, диски, рентгенограммы, разрешение на включение в состав комиссии врачей других специальностей, на использование гистоархива, лица, в отношении которого проводится экспертиза и т.д.) на что уходит от 1,5 до 3-х месяцев и что и обосновывает увеличение сроков экспертиз.

Для проведения экспертизы должны быть истребованы и предоставлены эксперту соответствующие материалы из медицинских и иных учреждений:

1. Постановление о назначении комиссионной судебно-медицинской экспертизы (исследования);
2. Подлинники уголовного дела (материалов проверки);
1. Заявление гражданина;
2. Подлинники медицинских карт;

3. Протокол патологоанатомического исследования или акт судебно-медицинского исследования трупа;
4. Гистологический архив (стекла, блоки, «мокрый архив»);
5. Протокол клинико-анатомической конференции;
6. Протокол заседания лечебно-контрольной комиссии;
7. Полученные объяснения от медицинских работников и иных лиц по данному случаю;
8. Протокол проведенной ведомственной проверки министерством здравоохранения.

Зачастую в предоставляемых медицинских документах отсутствует до 70% необходимого объема материалов для судебно-медицинского исследования, что значительно увеличивает сроки исполнения экспертиз.

Днем начала экспертизы считается день поступления в Отдел последнего необходимого для экспертизы материала, документа. Как правило, после это, в течение 10 дней законченная комиссия экспертиза передается лицу, ее назначившему [1].

Вопрос о том, врачи-специалисты каких клинических специальностей, не являющиеся работниками экспертного учреждения, должны быть включены в состав комиссии в качестве экспертов, решаются либо в процессе взаимодействия следователя с руководителем экспертного учреждения, либо, после назначения экспертизы, на основании письменного ходатайства руководителя о включении в состав комиссии специалистов той или иной клинической специальности. Это может быть отдельно вынесенное следователем постановление, или же в форме служебной записки, либо непосредственно указано в самом постановлении.

В случае отказа следователя выполнить требования эксперта, руководитель в соответствии с ч.3 ст.199 УПК РФ вправе возвратить материалы дела без исполнения, мотивируя отсутствием в учреждения экспертов той или иной специальности [1,2].

Членами экспертной комиссии в нашем Бюро являются

высококвалифицированные эксперты, имеющий достаточный опыт производства подобных экспертиз.

Единственным основанием уголовной ответственности врача является совершение им деяния, содержащего признаки состава преступления, предусмотренные ст. 8 УК РФ. В силу этого медицинский работник подлежит уголовной ответственности за нарушение профессиональных обязанностей в том случае, если в его действиях (бездействии) выявлены все признаки состава профпреступления, а именно: посягательство на жизнь или здоровье пациента путем нарушения установленных правил оказания медицинской помощи (объект преступления), противоправное деяние, характеризующееся неисполнением, либо ненадлежащим исполнением своих профессиональных обязанностей, повлекшее вредные для жизни и здоровья пациента последствия и причинно-следственная связь между ними, наличие права и законно возложенные обязанности по оказанию медицинской помощи конкретному больному, наличие неосторожной формы вины в виде легкомыслия, небрежности [3].

Поэтому для принятия решения следователем, судом должны быть собраны все доказательства, важнейшим из которых является качественное научно-обоснованное заключение комиссионной судебно-медицинской экспертизы [2].

При производстве комиссионных экспертиз понятия и термины «ятрогения», «дефект в оказании медицинской помощи», «врачебная (медицинская) ошибка», «медицинский деликт», «недостатки при оказании медицинской помощи», идентичны, тождественны и трактуются как любое действие (бездействие) медицинского работника, выразившееся в неправильном оказании медицинской помощи, т.е. в несоответствии существующим стандартам по объемам и качеству ее оказания, нарушение требований нормативных актов, принципов современной общемедицинской практики [4].

Учитывая актуальность проблемы, нами предпринята попытка

стандартизации понимания вышеупомянутых терминов, имеющих в своей основе следующую классификацию причин возникновения неблагоприятных исходов в связи с проведением мероприятий медицинского характера:

1. Характер и тяжесть самого заболевания или травмы.

2. Ятрогении:

- несчастный случай;

- дефект оказания медицинской помощи (профилактических, лечебно-диагностических и медико-реабилитационных мероприятий: врачебная ошибка, медицинский деликт).

Характер и тяжесть заболевания являются наиболее частыми причинами неблагоприятного исхода при правильном, адекватном и своевременном проведении профилактических лечебно-диагностических и медико-реабилитационных мероприятий. Наступление неблагоприятного исхода связано с прогнозируемыми причинами [4].

Впервые термин «ятрогения» ввел немецкий психиатр Блюмке (1925) в работе «Врач как причина душевных расстройств», который в последующем распространился на другие виды медицинской деятельности.

Ятрогения – это собирательное понятие, обозначающее нежелательные последствия, неблагоприятный исход заболеваний, патологического процесса, реакции, состояния, развитие которых не является прогнозируемым в силу характера и тяжести заболевания, приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или смерти. Ятрогении вызваны именно медицинским воздействием в ходе проведения профилактических, диагностических, лечебных и медико-реабилитационных мероприятий, развиваются в результате, как ошибочных, так и правильных действий (бездействий) врача [5].

По уголовному законодательству выделяются следующие составы преступления в сфере охраны здоровья по объекту:

- против жизни и здоровья человека ч. 2 ст. 109 «Причинение смерти по

неосторожности»; ч. 2 ст. 118 «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей»; ст. 120 «Принуждение к изъятию органов и тканей человека для трансплантации»; ч. 4 ст. 122 «Заражение ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей»; ст. 123 «Незаконное производство аборта»; ст. 124 «Неоказание помощи больному»;

- против здоровья населения и общественной безопасности: ст. 233 «Незаконная выдача рецептов на получение наркотических и психотропных веществ»; ст. 235 «Незаконное осуществление медицинской деятельности или фармдеятельности»; ст. 235 «Незаконное производство лекарственных средств и медицинских изделий»; ст. 238 «Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованию»; ст. 238 «Обращение фальсифицированных недоброкачественных незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и оборот фальсифицированных биологически активных добавок»;

- против свободы личности: ст. 128 «Незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях»;

- против конституционных прав и свобод человека и гражданина: ст. 137 «Нарушение неприкосновенности частной жизни»;

- против интересов службы, деловой репутации органов здравоохранения субъекта и страны в целом: ст. 290 «Получение взятки»; ст. 292 «Служебный подлог», ст. 293 «Халатность» [1].

Протокол (алгоритм) проведения комиссионного исследования по материалам проверки аналогичен вышеописанному (по материалам уголовных дел). Медицинские документы принимаются и изучаются только в подлинниках, за исключением тех случаев, когда они утеряны, что должно быть подтверждено справкой.

Материалы дела и медицинские документы тщательно изучаются членами комиссии. Эксперт-докладчик составляет исследовательскую часть, в которой приводит необходимые сведения из материалов дела по установленному приказом №346н МЗиСР РФ образцу, с учетом поставленных на разрешение экспертизы или экспертов вопросов.

В ходе производства комиссионной экспертизы обязательно проводятся исследования всех представленных вещественных доказательств, в том числе и повторное гистологическое, иногда судебно-химические, биологические исследования; освидетельствование живых лиц; обязательно изучаются представленные, при необходимости дополнительно произведенные в ходе настоящей экспертизы рентгеновские снимки, проводятся необходимые и возможные в амбулаторных условиях параклинические обследования: УЗИ, ЭКГ, РЭГ, аудиография.

Консультанты – врачи-специалисты непосредственно принимают участие в осмотре освидетельствуемого, в изучении медицинских документов, в заседании комиссии, дают подробные письменные заключения и ответы на вопросы, входящие в их компетенцию. В обсуждении и составлении выводов принимают участие все члены комиссии.

При проведении заседания судебно-медицинской экспертной комиссии председатель комиссии предлагает эксперту-докладчику изложить материалы дела и данные медицинских документов, члены комиссии знакомятся и изучают материалы дела, после чего обсуждают и высказывают свое мнение по рассматриваемому случаю и составляют выводы.

В проведении комиссионных экспертиз принимают участие до 30 сотрудников профессорско-преподавательского состава СтГМУ, почасовая оплата которым проводится из внебюджетных средств Бюро.

За период работы с 2017 году в Отделе сложных экспертиз ГБУЗ СК Краевое БСМЭ было выполнено следующее количество экспертиз:

2017 г. - 950 шт.

2018 г. - 936шт.

2019 г. - 956 шт.

2020 г. - 827 шт.

2021 г. - 1027 шт.

Из них, по врачебным делам:

Таблица 1. Количественные показатели проведенных комиссионных судебно-медицинских экспертиз в отделе сложных экспертиз за 2017-2021 гг.

Наименование	2017	2018	2019	2020	2021
Акушерские	33	20	22	22	10
Хирургия	11	19	27	14	15
Детская хирургия	2	2		2	
Нейрохирургия	5	3	3	3	7
Педиатрия	1	8	14	10	4
СМИ	4	4	3	10	
Инфекционные	2	3	7	10	24
Туберкулез			2		
Детская инфекция	2				
Реанимация	2		2	2	3
Детская реанимация	3	1			
Травматология	4	5	8	12	8
Детская травма			1	1	
Кардиология	2	3	1	2	9
Неврология	1	13	18	2	6
Детская неврология	1				
Стоматология	3	14	3	4	6
Пульмонология	2	1	4		1
ЛОР	2	4		1	1
Терапия	3	5	17	5	8
Онкология	2	2	24	8	8
Урология	5	2	4	2	4
Окулист	1		1		1
Дерматология			2	1	
Сосудистая хирургия	1	1			
Торакальная хирургия	1				
Рентгенология	1	1	1		
Неонатология	1	3			
Нефролог	2		1		
Гинекология		4			7
Анастезиология			1		
Косметология		1			
Пластическая хирургия		4			1
Физиотерапия		1	1		1

Наименование	2017	2018	2019	2020	2021
УЗИ					
Гастроэнтерология		1	2		
Психиатрия			1		1
Ревматология			1		
Гематология			1		
Эндокринология			1		
ВСЕГО	98	129	174	111	126

География комиссионных экспертиз из других регионов: Волгоградская область – 24, Москва – 1, Краснодар – 1, Липецк – 1, Крым – 2, КЧР – 3, Ростов-на-Дону – 1, Элиста – 2, Республика Дагестан – 1.

Обращает на себя внимание, что по довольно значительному количеству «врачебных дел» родственники и адвокаты по делу высказывают недоверие к судебнo-экспертному учреждению и к выводам экспертизы. Несогласие не является уголовно-процессуальным поводом для назначения повторных КСМЭ в другой субъект Федерации.

В процессе расследования по «врачебным» делам назначается несколько комиссионных экспертиз. Согласно УПК РФ, повторные комиссионные судебнo-медицинские экспертизы в рамках одного дела требуют проведения в новом составе комиссии, а судебнo-медицинские экспертные учреждения не располагают таким количеством экспертов [2].

В связи с этим, по нашему мнению, в соответствии с принципом независимости экспертов, объективности и беспристрастности, производство КСМЭ по данному виду преступлений должно поручаться и проводиться за пределами субъекта, на территории которого произошло расследуемое событие. В этом случае целесообразно проведение КСМЭ в ГСЭУ, находящегося в ведение МЗ субъекта, в котором одновременно находится и ЛПУ, где произошло расследуемое в рамках уголовного дела событие.

Литература

1. Федеральный закон от 31.05.2001 г. №73-ФЗ «О государственной судебнo-экспертной деятельности в Российской Федерации». М.: Издательство «ЦЕНТРАГ», 2022 г.;

2. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18 декабря 2001 г. №174-ФЗ (принят ГД ФС РФ 22 ноября 2001 г.) (в ред. от 18 июля 2009 г.) // Собрание законодательства РФ. 2001. №52 (ч. I). Ст. 492;

3. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. №63-ФЗ (принят ГД ФС РФ 24 мая 1996 г.) (в ред. от 27 июля 2009 г.) // Собрание законодательства РФ. 1996. №25. Ст. 2954;

4. Некачалов В.В. О ятрогенной патологии (по секционным материалам Ленинграда за 1988 г.). Архив патологии. 1990;52(2):14-7;

5. Накатис Я.А., Малашенко А.В., Гайденко Г.В., Семиголовский Н.Ю. . Смерть в стационаре. Вестник Санкт-Петербургского Университета. 2008; Сер. 11, прил. к вып. 1.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ СОДЕЙСТВИЕ В УГОЛОВНО-ПРАВОВОЙ КВАЛИФИКАЦИИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ COVID-19 (случай из практики)

к.м.н., доцент С.В. Кузнецов^{1,2}, д.м.н. Б.С. Литвинцев¹,
д.м.н., профессор Ю.А. Молин³, Д.С. Яценко⁴, А.А. Кузнецова⁵

¹ФГБУ «Научно-клинический центр токсикологии имени академика С.Н. Голикова ФМБА России», Санкт-Петербург,

²ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный аграрный университет», Санкт-Петербург

³Кафедра судебной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

⁴ГОБУЗ «Областное Мурманское бюро судебно-медицинской экспертизы», г. Мурманск

⁵Государственное казенное учреждение здравоохранения Ленинградской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Санкт-Петербург

Аннотация: На примере практического наблюдения показаны основные принципы судебно-медицинской оценки лечебно-диагностического процесса при подозрении на ненадлежащее оказание медицинской помощи при COVID-19.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, новая коронавирусная инфекция, ненадлежащее оказание медицинской помощи, недостатки (дефекты) оказания медицинской помощи.

FORENSIC MEDICAL ASSISTANCE IN THE CRIMINAL LEGAL QUALIFICATION OF IMPROPER PROVISION OF MEDICAL CARE IN COVID-19 (A CASE FROM PRACTICE)

S.V. Kuznetsov^{1,2}, B.S. Litvincev¹, Y.A. Molin³, D.S. Yatsenko⁴,
A.A. Kuznetsova⁵

¹Federal State Budgetary Institution «Scientific and Clinical Center of Toxicology named after Academician S.N. Golikov of the Federal Medical and Biological Agency of

Russia», Saint-Petersburg

²Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Saint-Petersburg State Agrarian University», Saint-Petersburg

³Department of forensic medicine of the North-Western State Medical University named I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg

⁴State Regional Budgetary Healthcare Institution «Regional Murmansk Bureau of Forensic Medical Examination», Murmansk

⁵State Public Healthcare Institution of the Leningrad region «Bureau of forensic medical examination», Saint-Petersburg

Summary: *On the example of practical observation, the basic principles of forensic medical assessment of the therapeutic and diagnostic process are shown in case of suspicion of improper provision of medical care in COVID-19.*

Keywords: *forensic medical examination, Corona Virus Disease, inadequate medical care, disadvantages (defects) of medical care.*

В рассматриваемом случае при изучении медицинских документов стало известно, что смерть пациента X. наступила в 23 часа 50 минут 25 июля 2020 года в ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ» от непосредственной причины в виде отека головного мозга с дислокацией его ствола, вызванного каскадом закономерных патологических реакций организма, обусловленных новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), по следующей установленной патогенетической цепи:

Коронавирусная инфекция (COVID-19), вызванная вирусом SARS-CoV-2 → диффузное альвеолярное поражение легких («пневмония», острый респираторный дистресс-синдром) → «цитокиновый шторм» с поражением микроциркуляторного русла → полиорганная недостаточность (сердечно-сосудистая, дыхательная, почечная), тромбоз правой подключичной вены → тяжелая двусторонняя полисегментарная абсцедирующая пневмония, геморрагический инсульт, отек головного мозга с дислокацией его ствола → смерть.

С 23 по 28 июня 2020 года X. находился дома под амбулаторным наблюдением врача организации, в руководство которой входил сам X.

На момент первичного осмотра у пациента X. отмечались боль в горле, повышение температуры тела до +37,3°C, были забраны мазки из носа и зева для теста на наличие коронавирусной инфекции.

24 июня 2020 года получен положительный результат лабораторного анализа о наличии у X. COVID-19.

На протяжении последующих трех дней больному X. проводились неспецифическая антибиотикотерапия, противовирусная терапия, антикоагулянтная терапия и витаминотерапия.

26 июня 2020 года в ночное время пациенту X. была выполнена мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки, по результатам которой выявлена двусторонняя пневмония, поражение легких до 25%.

27 июня 2020 года к антибиотикотерапии был добавлен еще один синтетический антибактериальный препарат широкого спектра действия.

28 июня 2020 года у больного X. наблюдалось повышение температуры тела до +39,2°C и снижение насыщения крови кислородом до 90%, в связи с чем была вызвана бригада скорой медицинской помощи и осуществлена госпитализация в ОГБУЗ «Областная инфекционная клиническая больница».

Пациент X. проходил стационарное лечение в ОГБУЗ «Областная инфекционная клиническая больница» с 28 июня по 6 июля 2020 года, где состояние его здоровья утяжелялось, за исключением однократного улучшения, обусловленного приемом препарата «Тоцилизумаб», полученного 30 июня 2020 года.

29 июня 2020 года выполнено лабораторное исследование на определение сывороточного ферритина, зафиксирован уровень 748,28 нг/мл.

Повышение уровня ферритина в сыворотке крови более 600 нг/мл является ранним признаком развития «цитокинового шторма», что требует применение препаратов, блокирующих интерлейкин-6 (Тоцилизумаб и Сарилумаб) [1, 2]. При этом лечение «цитокинового шторма» препаратом Тоцилизумаб является терапией первой линии как у детей в возрасте старше 2 лет, так и у взрослых [3].

Начата масочная кислородотерапия (сатурация 89% без дополнительного кислорода, 93% – с подачей увлажненного кислорода 12 л/мин).

1 июля 2020 года от главного врача ОГБУЗ «Областная инфекционная клиническая больница» в 14 часов 00 минут поступила заявка в ГБУЗ «Областной центр медицины катастроф» на осмотр на месте и оценку транспортабельности больного и возможности перевода. На момент осмотра пациента Х. проводилась масочная кислородотерапия, на этом фоне наблюдалась сатурация 88-90-95-97%.

Транспортировка не осуществлялась в связи с решением о нетранспортабельности больного, принятым специалистом ГБУЗ «Областной центр медицины катастроф». При этом в рамках проведенного судебно-медицинского анализа абсолютных противопоказаний к проведению 1 июля 2020 года транспортировки пациента Х. не выявлено. Не оспаривается, что указанный перевод предполагал определенные риски для жизни и здоровья. Однако с учетом состояния Х., данные риски нивелировались большей вероятностью осложнений в случае неосуществления транспортировки (медицинские признаки обоснованного риска, предусмотренного статьей 41 Уголовного кодекса Российской Федерации) [1].

В период с 6 по 8 июля 2020 года больной Х. находился в отделении реанимации ОГБУЗ «Городская клиническая больница №1».

6 июля 2020 года выполнена мультиспиральная компьютерная томография легких Х., в результате чего определено утяжеление пневмонии, поражение легочной ткани 64%. Проводились инфузионно-корректирующая терапия, противовоспалительная (антибактериальная) терапия, антикоагулянтная терапия (профилактика тромбозов), заместительная почечная терапия (гемодиализ), противозвонная терапия, инотропная терапия.

7 июля 2020 года состояние пациента Х. на фоне гемодиализации несколько улучшилось, в связи с чем принято положительное решение о его транспортировке в ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», которая была осуществлена 9 июля 2020 года после дополнительного

осмотра прибывшими медицинскими специалистами и их оценки X. как «условно» транспортабельного.

25 июля 2020 года в 23 часа 50 минут в ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ» наступила смерть пациента X.

Таким образом, в рамках проведенного судебно-медицинского анализа были выявлены следующие значимые дефекты оказания медицинской помощи:

1. На этапе амбулаторного наблюдения врачом организации, в руководство которой входил сам X.: неосуществление ранней госпитализации X.

Тактика амбулаторного наблюдения больного с подтвержденным COVID-19 была ошибочной: в случае сохранения лихорадки с температурой тела +38,5°C и выше в течение 3 дней и более у пациента не из группы риска показана госпитализация в стационар, что в случае X. осуществлено не было.

При этом высказаться о том, что в случае ранней госпитализации не возникло бы каскада ранее установленных осложнений не представляется возможным.

2. На этапе ОГБУЗ «Областная инфекционная клиническая больница»:

1) позднее начало кислородотерапии (показания к проведению которой в условиях стационара имеются при сатурации ниже 93%);

2) несвоевременное назначение препарата «Тоцилизумаб» для коррекции «цитокинового шторма» как результат непроведения ранней диагностики данного состояния методом определения уровня сывороточного ферритина;

3) непроведение динамического обследования состояния легких методами компьютерной томографии (по всей видимости, из-за отсутствия необходимого оборудования, что не снимает ответственности с руководства медицинского учреждения за необеспечение профильного стационара необходимыми средствами диагностики легких при COVID-19).

3. На этапе осмотра больного специалистом ГБУЗ «Областной центр

медицины катастроф» с целью оценки его транспортабельности: необоснованное решение о нетранспортабельности Х. без наличия абсолютных противопоказаний к транспортировке, а также с учетом одновременной недооценки большего риска оставления пациента в ОГБУЗ «Областная инфекционная клиническая больница».

4. На этапах ОГБУЗ «Городская клиническая больница №1» и ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ» значимых недостатков (дефектов) оказания медицинской помощи не выявлено.

Выводы

1. Все перечисленные значимые недостатки (дефекты) оказания медицинской помощи (как в совокупности, так и в отдельных своих комбинациях либо по отдельности), исходя из своей сути, делали подобные оказываемые медицинские услуги (помощь) небезопасными, так как создавали реальную угрозу здоровью и/или жизни, в тех случаях, где бы это имело определяющее значение.

2. Однако, даже в случае исключения и недопущения выявленных недостатков, надлежащее лечение гарантированно не обеспечивало бы прерывание установленной ранее патогенетической цепи вплоть до смерти Х. Последнее обосновывается тем, что у Х. развилось индивидуально обусловленное состояние цитокинового шторма при COVID-19 [5], само возникновение которого является прогностически крайне неблагоприятным для сохранения жизни даже при абсолютно правильном осуществлении лечебно-диагностического процесса в рамках действовавших на тот момент Временных методических рекомендаций «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» Версия 7 [6].

Литература

1. Муравьев Ю.В., Муравьева Л.А. Значение ревматолога в лечении коронарвирусной болезни (COVID-19). Школа Науки. 2020;4(29):1-4.
2. Тюляндина Е.В., Писков Д.А. Цитокиновый шторм: особенности патогенеза, роль в развитии вирусной инфекции. Литературный обзор. Устойчивое развитие науки и образования. 2019;1:256-260.

3. Намазова-Баранова Л.С., Мурашкин Н.Н., Иванов Р.А. Биологическая терапия в эру COVID-19. Вопросы современной педиатрии. 2020;19(2):116-122.

4. Кузнецов С.В. Методология экспертного сопровождения расследования преступлений по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи. Монография (2-е изд., изм. и доп.). М.: РУСАЙНС, 2021. 350 с.

5. Лобзин Ю.В., Иванов М.Б., Шустов Е.Б. и др. Обоснование возможных направлений патогенетической терапии новой коронавирусной инфекции. Медицина экстремальных ситуаций. 2020;22(3):61-71.

6. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 7», утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации 3 июня 2020 года. URL: <https://base.garant.ru/74212510/> (дата обращения: 08.02.2022).

СЛУЧАЙ СМЕРТИ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ДАУНА ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ МАГНИТА

Д.Е. Кузьмичев, Р.В. Скребов, П.В. Мисников, И.М. Вильцев

КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», г. Ханты-Мансийск

Аннотация: В статье приведен случай из практической деятельности судебно-медицинской службы ХМАО-Югры. Морфологическими и морфометрическими методами у ребенка, страдающего синдромом Дауна при жизни, в ходе исследования обнаружен инородный предмет – магнит(-ы) в желудочно-кишечном тракте, который привел к контактному некрозу, перфорации, разлитому перитониту и летальному исходу. Озвучена актуальная проблема – ятрогенная патология.

Ключевые слова: ребенок, синдром Дауна, инородное тело желудочно-кишечного тракта, перитонит.

THE CASE OF THE DEATH OF A CHILD WITH DOWN SYNDROME FROM EXPOSURE TO A MAGNET

D.E. Kuzmichev, R.V. Skrebov, P.V. Misnikov, I.M. Viltsev

KU KhMAO-Yugra «Bureau of forensic medical examination», Khanty-Mansiysk

Summary: The article presents a case from the practical activity of the forensic medical service of the KhMAO-Yugra. Morphological and morphometric methods in a child suffering from Down syndrome during life, during the study, a foreign object – magnet (s) was found in the gastrointestinal tract, which led to contact necrosis, spilled peritonitis and death. An actual problem is voiced – iatrogenic pathology.

Keywords: child, Down syndrome, foreign body of the gastrointestinal tract, peritonitis.

Нет сомнений, что одной из самых больших трагедий, которая может приключиться в каждой семье – это горе, связанное с потерей близкого человека, потеря родителями своего чада или рождение ребенка с пороками развития. И результатом одной из самой распространенной, всеми известной, хромосомной аномалии является рождение «солнечных детей». Под этим названием подразумеваются дети с синдромом Дауна – болезнью, отличительной чертой которой является наличие 47, а не 46 хромосом в кариотипе.

Синдром или болезнь Дауна (трисомия по 21-й хромосоме, болезнь Лангдона Дауна, эмбриодия, лат. descendit syndrome) – одна из самых распространенных хромосомных аномалий, при которой в кариотипе имеются дополнительные копии генетического материала по 21-ой хромосоме, вместо нормальных двух.

Всемирная организация здравоохранения, относит синдром Дауна к наиболее тяжелым порокам развития. По разным данным признаки синдрома Дауна у плода выявляются у 1 на 600–1000 беременных женщин, заболевание одинаково распространено у лиц мужского и женского пола, среди различных расовых типов, этнической принадлежности, климатических зон, всех экономических классов, уровня образования. На данный момент не выявлено никаких стойких причинно-следственных связей между возникновением болезни и характером семьи, в которой появился нездоровый ребёнок. По данным Е.Ф. Давиденковой, на 983 родившихся приходится один случай болезни Дауна. По данным А.С. Чистовича, из 1000 родившихся 2–3 страдают болезнью Дауна. В странах Европы указываются более частые случаи: 2–3 больных ребенка на 600–700 родившихся. В США, например, за 2006 год было зафиксировано 5429 случаев рождения детей с данной хромосомной аномалией. Согласно статистике, на сегодняшний день до 10% новорожденных обладают описанной формой патологии. Среди

олигофренов около 10% страдают болезнью Дауна. Большее количество детей с заболеванием рождается в странах, где запрещены аборты и также в странах, где женщины рожают детей в позднем возрасте, где распространены близкородственные браки. Использование цитогенетических методов исследования показало, что примерно 80% всех случаев простой трисомии 21 имеет материнское происхождение и около 20% – отцовское. При этом лишь 20% всех случаев «материнского» синдрома Дауна обусловлено нерасхождением хромосом 21-ой пары во втором делении мейоза, а остальные – ошибками первого деления мейоза. Возраст матери влияет на шансы зачатия ребенка с синдромом Дауна. Если матери от 20 до 24, вероятность этого 1 к 1562, если матери от 35 до 39, то 1 к 214, а в возрасте старше 45, вероятность 1 к 19. Хотя вероятность и увеличивается с возрастом матери, 80 % детей с данным синдромом рождаются у женщин в возрасте до 35 лет. Это объясняется более высокой рождаемостью в данной возрастной группе. По последним данным отцовский возраст, особенно если старше 42 лет, также увеличивает риск синдрома.

Клинические сведения. Однажды ночью началась эта трагическая история или «то самое» стечение обстоятельств. Ребенок, 4 года, в анамнезе «Болезнь Дауна. Миотонический синдром. Задержка статико-моторного и психо-речевого развития». Ребенок почувствовал себя плохо, появилась рвота, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. За медицинской помощью обратились на следующий день в детскую поликлинику. Осмотр педиатра. Состояние пациента – удовлетворительное. Жалобы: повышение температуры до 37,3°C, 3-х кратная рвота. Анамнез заболевания: болен в течение 1 дня. Контакты с инфекционными больными не было, питание одно на всех. Объективный статус: температура тела 36,9°C, ЧДД 23 в минуту, ЧСС 96 в минуту. По органам и система без особенностей. Клинический диагноз основной «Функциональное нарушение кишечника неуточненное». Сопутствующий диагноз «Синдром Дауна. ЗППР». Назначено соответствующее лечение, направленную на

нормализацию работы желудочно-кишечного тракта и явка на прием через 2 дня. Повторный осмотр педиатра. Состояние пациента удовлетворительное. В динамике: с улучшением. Лечение получает. Жалобы: со слов мамы отмечает периодическую рвоту, неустойчивый стул 1 раз в сутки, повышение температуры до 37°C. Аппетит снижен. Объективный статус: температура тела 36,6°C, ЧДД 24 в минуту, ЧСС 116 в минуту, пульсоксиметрия SpO₂ 97%, по органам и системам без особенностей. Диагноз прежний. Лечение рекомендовано продолжить. На 5-й день от начала болезни, состояние ребенка резко ухудшилось. Дважды за ночь вызывалась карета скорой медицинской помощи. Отмечалось усиление болей в животе, вялость, слабость, повышение температуры тела до 38,6°C, рвота съеденной пищей и выпитой воды. Ребенок практически ничего не ел за прошедшие дни. Бригадой скорой помощи оказана медпомощь – раствор сибазона 5мг в/м, так как в присутствии бригады у ребенка случился судорожный приступ с потерей сознания, доставлен в детское отделение с предварительным диагнозом «Пищевая токсикоинфекция? Гиповолемический шок? Судорожный синдром». Объективные данные на момент поступления в стационар. Общее состояние тяжелое. Сознание заторможенное. Кожные покровы бледные, сухие, акроцианоз. Дыхание жесткое. Хрипы сухие. Одышка смешанная. Пульс слабого наполнения. ***Живот мягкий, безболезненный.*** При участии детского реаниматолога состояние ребенка стабилизировано, начата инфузионная и гормональная терапия, ингаляция кислорода. Состояние резко ухудшилось. Пульс 105 ударов в минуту, ЧД 57 в минуту, АД 0/0 мм рт.ст., температура 38,7° С, пульсоксиметрия 80. ***Произведено диагностическое рентгенологическое исследование органов грудной клетки и части брюшной полости, к сожалению, в поле зрения данной рентгенограммы причина описанного состояния не вошла.*** В дальнейшем, несмотря на проводимую интенсивную терапию, состояние ребенка прогрессивно ухудшалось, и наступила биологическая смерть. С заключительным клинически диагнозом основной «Перитонит неуточненной

этиологии», осложнение «Инфекционно-токсический шок», сопутствующий «Трисомия 21, мейотическое нерасхождение. Синдром Дауна», ребенок поступает в танатологический отдел на судебно-медицинскую экспертизу.

Морфологические сведения. Кожные покровы с землистым оттенком. Живот резко вздут по всем областям. Вещество головного мозга резко отечное, плотноватое. В плевральных полостях по 30 мл прозрачной бесцветной однородной жидкости. В брюшной полости 200 мл мутной грязно-коричнево-желтоватой жидкости с элементами фибриновых масс. Брюшина на протяжении отечная, с кровоизлияниями и наложениями гноя, фибрина. Петли тонкого кишечника неравномерно рыхло спаяны друг с другом за счет фибриновых масс, с поверхности с множественными мелкоочечными частично сливающимися красными кровоизлияниями, как и пристеночная брюшина. Петли кишечника неравномерно вздутые, стенки кишечника с неравномерно выраженными очагами темно-фиолетового цвета с бледно-желтушными контурами, жировая клетчатка кишечника и большой сальник с множественными сливающимися неравномерными темно-красными кровоизлияниями. Между спайками петель тонкого кишечника справа в 40 см от илеоцекального отдела кишки имеется дефект стенки тонкой кишки 1х0,8см с закругленными отечными краями красно-темно-фиолетового цвета с наложениями грязно-желто-зеленоватых масс, через данный дефект на 1см выстоит часть металлического предмета, шириной 0,8 см, толщиной около 0,3 см, выступающий конец предмета упирается в брыжейку тонкого кишечника с образованием раневой поверхности 1х0,8 см глубиной до 0,8 см с грязно-желтыми поверхностями (Рис. 1).

При исследовании петель – в проекции вышеописанного дефекта стенки кишки с противоположной стороны имеется подобный дефект, сообщающийся с подобным дефектом стенки другой петли кишки, соединенные за счет описанного спаечного процесса. Инеродный металлический предмет проходит через описанные дефекты.



Рис. 1. Металлический предмет, выходящий из дефекта стенки тонкой кишки

При извлечении предмета – предмет из металла серого цвета, с магнетирующим свойством (притягивает металлические инструменты), состоит из выстроенных в один ряд множественных частей цилиндрической формы (9 магнитов), длина ряда 3,5 см (Рис. 2).



Рис. 2. Инородный металлический предмет, извлеченный из трупа ребенка

От полостей и органов трупа отмечался кисловатый трупный запах. Почечная ткань с желто-серыми участками окруженные зоной полнокровия и мелкоточечных темно-красных кровоизлияний (пестрая). Из других

особенностей по органам и системам. Морфологические признаки ДВС-синдрома (очаговые кровоизлияния в органах, тромбы в просветах части сосудов, внутрисосудистая агрегация эритроцитов, сладжи), «шоковые легкое и печень». Очаги и участки некроза стенки тонкой кишки (чередование участков некроза с относительно сохранной стенкой кишки) с трансмуральными кровоизлияниями (субстрат ДВС-синдрома). Морфологические признаки острого перитонита.

Выводы

1. На основании морфологических и морфометрических данных, с учетом клинических сведений и известных обстоятельств дела, была верифицирована причина смерти ребенка – «Инородное тело (магниты) в тонком кишечнике, контактный некроз с перфорацией стенки тонкого кишечника», которая привела к «Острому разлитому фибринозно-гнойному перитониту, инфекционно-токсическому шоку, ДВС-синдрому».

2. В ходе исследования материалов проверки было установлено, что магниты были составными частями детского конструктора. Особенности заболевания, имеющегося при жизни у ребенка, предопределили стертую клиническую картину. В то же время у детей с врожденными и хроническими заболеваниями тактика ведения должна быть максимально на стационарном этапе. Танатогенез в данном случае такой. Ребенок, играя в конструктор, проглотил эти девять магнитов, но не одновременно. Магниты попали в организм в разное время. Вследствие перистальтики, продвигаясь по желудочно-кишечному тракту, магниты оказались в разных петлях кишечника, но так, что друг напротив друга, и произошло притяжение магнитов через две стенки кишки. Магнитный момент. В этом месте возник контактный некроз и перфорация. Последнее привели к развитию тотального перитонита и летальному исходу.

3. Мы считаем, что этот случай прямо относится к ятрогенной патологии, которая в первую очередь возникла на этапе амбулаторного оказания медицинской помощи, где ребенок был недообследован,

недооценена тяжесть состояния. По мнению А.В.Смолянникова и соавторов (1995), ятрогения может возникнуть не только под влиянием состоявшегося медицинского воздействия, необходимого при лечении больного, но и вследствие того, что это действие, обязательное по ходу лечебного процесса, не было произведено, не состоялось, и, таким образом, больному нанесен вред («ятрогения с отрицательным знаком»). То есть ятрогении могут возникать в результате лечебно-диагностической пассивности врача, что можно приравнять к неоказанию необходимой врачебной помощи.

4. Необходимо понимать разницу между ятрогенией и врачебной ошибкой, под которой в свою очередь принято понимать незлоумышленное заблуждение врача (или любого другого медицинского работника) в ходе его профессиональной деятельности, если при этом исключается халатность и недобросовестность

Литература

1. Кузьмичев Д.Е., Вильцев И.М., Чирков С.В. «К проблеме ятрогенной патологии. Случай из практики». / Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики выпуск 20. - Новосибирск, 2014. - С. 296-302;

2. Кузьмичев Д.Е., Вильцев И.М., Никулина Л.Р., Вотинцев А.А. «Проблема ятрогений в медицине». / Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики выпуск 21. - Барнаул, 2015. - С. 179-184;

3. Кузьмичев Д.Е., Вильцев И.М., Скребов Р.В., Чирков С.В. «Ошибка или дело случая одного человека». / Профессиональная газета «ВЕСТНИК» судебно-медицинской службы. - Пермь, 2015. - № 22-24. - С. 18-19;

4. Кузьмичев Д.Е., Вильцев И.М., Скребов Р.В. «Роль судебно-медицинской экспертизы в повышении качества лечебно-профилактической помощи населению» / Водосбережение, мелиорация и гидротехнические сооружения как основа формирования агрокультурных кластеров России в XXI веке // сборник докладов том 3. Тюмень, 2016 стр. 140-145;

5. Кузьмичев Д.Е., Вильцев И.М., Скребов Р.В., Никулина Л.Р., Раннев А.Ю. «Солнечные люди» Здравоохранение Юргы, опыт и инновации / выпуск № 2/7/. Ханты-Мансийск, 2016 стр. 69-71;

6. Кузьмичев Д.Е., Никулина Л.Р., Скребов Р.В., Новоселов А.С., Чирков С.В. «Ятрогенная патология» Судебная медицина том 4 № 1 приложение. Москва, 2018 - стр. 92-93;

7. Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Рыкунов И.А., Кузьмичева Т.Г. «Ятрогения, как следствие пассивности врача» / Актуальные вопросы судебной медицины // сборник научно-практических статей /// вып. 2. Ханты-Мансийск, 2019 – стр. 206-213.

ИСТОРИЧЕСКИЕ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ДЕЛАМ О ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЯХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

(по материалам судебно-медицинской службы Ленинграда – Санкт-Петербурга, 1919-2019 гг.)

д.м.н. И.Е. Лобан^{1,2}

¹Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Санкт-Петербург

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Аннотация: В период с 2013 по 2019 гг. в СПб ГБУЗ «БСМЭ» число судебно-медицинских экспертиз по делам о ненадлежащей медицинской помощи увеличилось в 2,5 раза и составило за 7 лет более 3-х тысяч. На основе сравнительного анализа данных судебно-медицинской литературы и экспертной практики за период 1919-2019 гг. рассмотрены некоторые исторические и современные организационные и правовые проблемы судебно-медицинской деятельности по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников и предложены ряд мер по совершенствованию судебно-медицинской экспертизы.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, ненадлежащая медицинская помощь, контроль качества медицинской помощи.

HISTORICAL, ORGANIZATIONAL AND LEGAL ASPECTS OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS IN CASES OF PROFESSIONAL OFFENSES OF MEDICAL WORKERS (based on materials from St. Petersburg State Bureau of Forensic Medical examination, 1919-2019)

I.E. Loban^{1,2}

¹Saint Petersburg State Bureau of Forensic Medical examination, St. Petersburg

²North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg

Summary: Between 2013 and 2019, in St. Petersburg State Bureau of Forensic Medical examination the number of forensic medical examinations in cases of improper medical care increased by 2.5 times and amounted to more than 3 thousand in 7 years. Based on a comparative analysis of data from forensic literature and expert practice for the period 1919-2019 some historical and modern organizational and legal problems of forensic activities in cases of professional offenses of medical workers are considered and a number of measures are proposed to improve forensic medical examination.

Keywords: forensic medical examination, improper medical care, quality control of medical care.

Руководитель судебно-медицинской службы Петрограда-Ленинграда с 1919 по 1936 гг. Н.И. Ижевский еще в первой половине XX века одним из первых обратил внимание на стремительный рост в тот исторический период так называемых «врачебных» дел и привел следующие данные: в Ленинграде число дел, предметом которых были неблагоприятные последствия оказания медицинской помощи, выросло с одного расследуемого дела в 1921 г. до 35 дел в 1924 г.; в 1925 г. их было уже 48, а в 1936–1938 гг. число экспертиз по «врачебным делам» достигло около 100 в год. Однако в большинстве случаев после проведения судебно-медицинской экспертизы подобные дела прекращались (Ижевский Н.И., 1925, 1926).

В 1938 году в СССР было издано капитальное руководство «Основы судебной медицины». Автором одной из его глав «О судебной ответственности врачей» стал Н.И. Ижевский. Вот некоторые данные, который он привел: «С 1921 по 1933 г., т.е. за 13 лет, в Ленинграде прошло через экспертизу 743 дела о привлечении врачей к ответственности. Из них 77 закончились преданием врачей суду. Из всех дел 35,5% падает на акушеров и гинекологов, 13% - на терапевтов и 26,5% - на хирургов. Обращает на себя внимание большой процент дел, прекращенных в стадии следствия, прекращено 666 дел, или 89,64% ...» [1]. Т.е., только в 10% расследуемых в первой половине прошлого века дел в отношении профессиональной деятельности врачей реально подтверждался факт ненадлежащего оказания медицинской помощи. Нельзя не отметить, насколько эти данные сходны с теми, которые мы наблюдаем в последние годы.

Несомненный интерес представляют выводы Н.И. Ижевского об основных причинах роста количества «врачебных дел». Среди них он выделил следующие: нарушения закона медицинскими работниками (неоказание помощи, незаконное врачевание и производство аборта и др.,

небрежное, недобросовестное выполнение своих обязанностей и др.); «психологическая реакция на крайне болезненную психическую травму, ... смерть близкого... Особенно... когда смерть наступает неожиданно или при заболевании, не внушавшем ранее окружающим мысль об опасном состоянии больного. Здесь, прежде всего, возникает тревожное сомнение в том, что не все, может быть, сделано для спасения больного вследствие неправильности, небрежности или упущений со стороны лечивших больного врачей»; неосведомленность граждан об ограниченных пределах возможностей медицинской науки и чрезмерная вера во всемогущество медицины; осознание населением своих прав на квалифицированную медицинскую помощь; жалобы неврастеников и истериков, которые отличаются чрезвычайно обостренной нервной чувствительностью, склонны предъявлять повышенные, необоснованные требования к врачам, а иногда проявляют жестокую агрессивность по отношению к ним; недостаточная квалификация врачей, особенно молодых; отсутствие «одного всеми признаваемого метода лечения, и различные медицинские школы имеют различные терапевтические методы», разные научные походы к диагностике и лечению одного заболевания; взаимоотношения врача и больного, «сухой, формальный подход к больному», равнодушие, неумение выслушать больного.

Основной вывод одного из ведущих судебных медиков своего времени Н.И. Ижевского состоял в следующем: граждане справедливо добиваются реализации права, говоря современным языком, на получение квалифицированной и качественной медицинской помощи, и, в случаях, когда это право нарушается, обоснованно обращаются за защитой к органам государственной власти. Но, «наряду с обоснованными обвинениями, в громадном большинстве случаев встречаются обвинения малообоснованные, а подчас совершенно вздорные», «к врачам нередко предъявляются совершенно необоснованные претензии в абсолютно безнадежных случаях» [1].

Немногое можно к этому добавить. Хотя, безусловно, сегодня есть и другие причины увеличения числа «врачебных дел». Технологический уровень медицинской помощи в последние годы кардинально изменился, для диагностики и лечения используются новые технические средства, повышающие возможности сохранения здоровья, продления и спасения жизни людей, которые еще недавно были обречены. Но одновременно сегодня, в век высочайших технологий, одно и то же лекарство или оборудование несут в себе и надежду на спасение и опасность для пациента, могут вылечить и искалечить. Методы лечения становятся всё более агрессивными по отношению к больному. Применение некоторых современных медицинских технологий и медицинских изделий сопряжено с потенциальным риском для здоровья больного, и может прямо противоречить древней заповеди врача: «Не навреди!». Они сами по себе предполагают нанесение вреда здоровью больного. Во благо, во спасение жизни! Но технические средства диагностики и лечения в неумелых руках могут оказаться «оружием».

Медицина – это рискованная сфера деятельности. Риск в медицине не просто не исключен, он заранее подразумевается и допускается не только содержанием самой врачебной работы, предполагающей вмешательство в организм больного, но и законодательно (статьи 20, 22, 30, 38 и др. Федерального Закона №323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» – далее Федеральный закон №323-ФЗ от 21.11.2011) [2]. Законодатель прямо указывает, что наряду с профилактикой, диагностикой, лечением, реабилитацией медицинские организации и работники при организации и оказании медицинской помощи организуют и проводят мероприятия по информированию человека о факторах риска для его здоровья, о возможностях снижения или исключения риска возникновения заболеваний и их осложнений, в том числе вследствие оказания медицинской помощи. Но закон не противопоставляет, не

рассматривает как взаимоисключающие понятия медицинского риска и качества медицинской деятельности.

Врач и пациент все чаще сознательно идут на риск или отказываются от него, по крайней мере, вынуждены мучительно об этом думать, сравнивая все «за» и «против». К сожалению, последствия такого решения и риска далеко не всегда очевидны, и их, равно как и исход любой болезни или травмы, или результат оказания медицинской помощи в целом, нельзя предсказать или запрограммировать со сколько-нибудь научной достоверностью.

Проблема усугубляется длительностью профессионального становления медицинских работников, начинающих свою практику или только осваивающих новые технологии, необходимостью их обучения и связанными с этим неизбежными временными ограничениями допуска к некоторым сложным и рискованным видам медицинской деятельности. Ведь качество медицинской помощи во многом определяется личным опытом врача. А «...опыт – сын ошибок трудных» (А.С. Пушкин). В этой связи, надо сказать, что современные типовые «симуляционные технологии», на которые в последнее время все больше делается упор в профессиональной подготовке медицинских работников, не гарантируют достаточный уровень их практических навыков, а, в какой-то степени, отучают врача учитывать индивидуальность и уникальность каждого пациента.

К сожалению (и об этом тоже писал Н.И. Ижевский) обстоятельства некоторых «врачебных» дел лежали в сфере политических интересов и в 30-х годах XX века в СССР были связаны с так называемым «делом врачей-убийц». Это известные политические процессы «право-троцкистского блока», «врагов народа», в том числе врачей Д.Д. Плетнева, Л.Г. Левина, И.Н. Казакова, которые были объявлены участниками контрреволюционного заговора с целью «умерщвления выдающихся советских деятелей». Эта трагическая страница истории страны и отечественного здравоохранения не забыта. Через 50 лет в 1988 году они были посмертно реабилитированы. Но

проблема, вынесенная в название научно-практической конференции, остается одной из важных в жизни российского общества.

Возвращаясь к началу XX века можно вспомнить и некоторые другие печальные параллели из прошлого. 29 мая 1924 г. Ленинград потрясло известие об убийстве Льва Генриховича Стуккея, застреленного братом девочки, умершей от поздно прооперированного аппендицита. Убитый был известным хирургом, доктором медицины, потомственным врачом, действительным статским советником. По завершении процесса Н.И. Ижевский опубликовал брошюру «Убийство доктора Л.Г. Стуккея: По материалам судебно-медицинской экспертизы», в которой рассказал об истории трагедии и о нескольких проведенных судебно-медицинских комиссионных экспертизах по этому делу. Сегодня, к сожалению, такие эксцессы поведения все еще встречаются, общество периодически сталкивается с проявлениями агрессии в отношении врачей в связи с их профессиональной деятельностью, вплоть до случаев убийств медицинских работников.

Еще одна возможная причина ненадлежащего оказания медицинской помощи, а чаще – важное условие оказания качественной медицинской помощи, это уровень финансирования здравоохранения. В России в 2018 г. доля валового внутреннего продукта (ВВП), которая выделяется на здравоохранение, составляла около 3,5%. Многие специалисты в области организации, управления и экономики здравоохранения считают, что для решения задач и удовлетворения реальных потребностей необходимо увеличение финансирования [3]. Но, с другой стороны, уровень финансирования нельзя считать определяющим фактором качества медицинской помощи. Например, по данным руководителя Высшей школы организации и управления здравоохранением Гузель Улумбековой, даже в странах с более развитым уровнем экономики, где на здравоохранение выделяется 8,5–13,6% ВВП, число граждан, недовольных оказанием медицинской помощи, остается высоким и достигает 25–32% [4].

Назначение и производство судебно-медицинской экспертизы является обязательным процессуальным действием при расследовании нарушений профессиональной деятельности медицинских работников. Основной проблемой назначения и производства судебно-медицинских экспертиз по этой категории дел в последние годы стал постоянный рост числа таких экспертиз. За 6 лет в период с 2013 по 2019 гг. их число увеличилось в 2,5 раза и составило более 3-х тысяч. Если в 2013 г. было произведено 240 экспертиз, то в 2018 году – 614. При этом темпы роста все же имели тенденцию к снижению, и в 2019 г. произошло даже уменьшение на 8% числа экспертиз (563) по «врачебным делам» по сравнению с 2018 г. (614). Вместе с тем, этот вид экспертиз по материалам дел формирует принципиально новую парадигму работы подразделений сложных экспертиз Бюро судебно-медицинской экспертизы: доля экспертиз по «врачебным делам» от числа всех экспертиз по материалам дел в СПб ГБУЗ «БСМЭ» выросла в 2 раза – с 24% в 2013 г. до исторического максимума – 48% в 2019 г. Это требует новых подходов к формированию кадрового состава и профессиональной подготовке специалистов подразделений сложных и комплексных экспертиз.

Заметные изменения произошли в соотношении числа экспертиз, проводимых в уголовном и гражданском судопроизводстве. Если в 2013 г. в СПб ГБУЗ «БСМЭ» соотношение экспертиз по гражданским и уголовным делам было почти 1/1 (122 – по уголовным, 118 – по гражданским делам), то в течение последующих 6 лет был заметный сдвиг в сторону уголовных дел, и в 2019 г. на каждую экспертизу по гражданскому делу приходилось 2 экспертизы по материалам уголовных дел и доследственных проверок. Это отражает определенный сдвиг в сторону уголовно-правового подхода к оценке медицинской деятельности в России. Возможности гражданско-правовых механизмов урегулирования проблем взаимоотношения врачей и пациентов не используются и развиты недостаточно. Неслучайно на Круглом столе, который был проведен Комитетом по охране здоровья граждан

Государственной Думы РФ в 2019 г. (Круглый стол «Медицина и право. Врач и пациент», 18.02.2019) [5], было принято решение рекомендовать Центробанку проработать вопрос о добровольном страховании гражданской ответственности медицинских работников. За этим будущее в разрешении споров пациентов и медицинских работников.

Анализ материалов СПб ГБУЗ «БСМЭ» свидетельствует, что факты ненадлежащего оказания медицинской помощи при судебно-медицинской экспертизе устанавливаются в средней в 64% всех экспертиз (исследований) по «врачебным делам» (60% – по материалам уголовных дел и около 70% – по материалам гражданских дел). То есть, в каждом 6–7 случае судебно-медицинские комиссии выявляют дефекты медицинской помощи, причем в половине случаев это серьезные нарушения, оказывающие влияние или закономерно предопределяющие неблагоприятный исход, и за которые может и должна наступать ответственность.

Другой вопрос – какая ответственность? Это более или менее очевидно не более чем в 10% случаев (как и 100 лет назад!), когда у экспертов (специалистов) имеются достаточные объективные научные основания говорить о прямой причинно-следственной связи между установленными недостатками (дефектами) медицинской помощи и наступлением неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи. По данным СПб ГБУЗ «БСМЭ» в 2019 г. таких случаев было 27 или 4,8% от числа всех экспертиз по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи (приведенные данные относятся ко всем экспертизам, выполненным не только в отношении медицинских работников и медицинских учреждений Санкт-Петербурга, а в отношении всех экспертиз, проведенных в Бюро, в том числе и по постановлениям органов следствия и судов других субъектов федерации). Эти показатели несколько отличаются применительно к результатам экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел. Так, прямая причинно-следственная связь между дефектами медицинской помощи и неблагоприятными последствиями лечения была установлена в

4,6% всех экспертиз по материалам гражданских дел и в 4,9% экспертиз по материалам уголовных дел.

Что касается конкретных медицинских специальностей, то здесь «в зоне максимального риска» обращений по поводу возможных ошибок и недостатков медицинской помощи традиционно, как и 100 лет назад, находятся специалисты таких специальностей, как акушерство и гинекология (на долю этой медицинской специальности в 2019 г. пришлось 106 всех назначенных судебно-медицинских экспертиз), а также хирурги общего профиля (84), онкологи (53), травматологи (35), педиатры и стоматологи (по 33).

Однако несколько иная картина будет, если проанализировать частоту случаев некачественного оказания медицинской помощи, т.е. тех случаев, когда по результатам уже выполненных экспертиз ошибки и недостатки медицинской помощи были установлены: стоматология (частота экспертиз с выявлением дефектов медицинской деятельности составила около 79%), хирургия (76%), терапия (74%). В работе акушеров и гинекологов дефекты констатированы реже – 68% экспертиз. Вероятно, это, отчасти, объясняется особым отношением следственных органов к качеству лечения детей и матерей, резонансностью таких дел. Именно в этой группе несколько больше случаев (в сравнении с другими медицинскими специальностями), когда сомнения в качестве оказания медицинской помощи не подтверждались, и претензии к врачам предъявлялись необоснованно.

Ряд проблем назначения и производства судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» кроются в несовершенстве законодательства. По мнению Комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ, это один из факторов, способствующих возникновению конфликтов между пациентами и медицинскими работниками [5]. В связи с этим участниками было рекомендовано Минздраву рассмотреть вопрос о внесении изменений в Федеральный закон №323-ФЗ от 21.11.2011 и закрепить в законе ряд ключевых понятий, относящихся к проблеме качества

медицинской помощи. Среди них термины «врач», «медицинский работник», «больной», «медицинский риск» и его критерии, «врачебная ошибка», «дефект медицинской помощи» и др. Вместе с тем, ряд понятий, закрепленных действующим законодательством, требуют существенной корректировки, например, понятие «качество оказания медицинской помощи» (поддерживаем предложение профессора С.А. Повзуна [6] об исключении из числа медицинских критериев качества «достижение запланированного результата», поскольку результат в медицине не определяется только соответствием или несоответствием диагностики и лечения порядкам, стандартам и клиническим рекомендациям и др., а связан с многими факторами, в том числе с отношением самого пациента к своему здоровью и приверженность лечению). Есть предложения о совершенствовании терминологии [7].

На наш взгляд, многие проблемы при назначении судебно-медицинских экспертиз могут быть решены на пути организации и поддержания должного взаимодействия между судебным экспертом, следователем и судьей. От этого зачастую зависит успех расследования, обоснованность и справедливость принимаемого решения по делу. Видимо, неудовлетворенность таким взаимодействием стала одной из причин решения руководства Следственного комитета Российской Федерации о введении в штат СК России специалистов, имеющих медицинское образование. Следующими логичными шагами стали решение в 2017 г. о производстве судебных экспертиз специалистами Следственного комитета и создании в 2019 г. ФГКУ «Судебно-экспертного центра Следственного комитета Российской Федерации» с функциями производства судебно-медицинских экспертиз.

Понятна обеспокоенность органов следствия и судов, когда оценка разными экспертами влияния дефектов оказания медицинской помощи на исход заболевания или травмы отличается в разных экспертных учреждениях. Такова реальность. В России существовали и существуют

разные научные школы в рамках даже одной медицинской специальности. С одной стороны, это всегда считалось проявлением научной конкуренции и залогом позитивного развития медицины. И в экспертной работе мы порой сталкиваемся с такими разными подходами. Бывают случаи, когда у двух специалистов, например, у двух акушеров-гинекологов, оценка одной и той же медицинской ситуации взаимно противоположная, и оба приводят убедительные, основанные на научных данных доказательства своей позиции. И у судебно-медицинских экспертов мнения порой расходятся. Достаточно напомнить приобретшую в 60–70-е годы прошлого века всесоюзный масштаб дискуссию двух ведущих экспертов страны М.И. Авдеева и В.И. Прозоровского о соотношении роли травмы и патологии сосудов головного мозга в наступлении смерти и разные заключения по одним и тем же делам.

Безусловно поддерживая решения Следственного комитета и на самом деле хорошо понимая, насколько важно для следователя иметь оперативную поддержку специалиста на всех этапах расследования, мы исходим из того, что эти решения станут дополнительным фильтром и стимулом качества работы государственных экспертов, а конкуренция судебных экспертов и специалистов разных ведомств, а лучше – сотрудничество на основе единых научно-методических основ деятельности, положительно скажется на развитии судебно-медицинской экспертизы.

На этом пути возможно решение еще одной проблемы организационного характера при назначении судебно-медицинских экспертиз. Дело в том, что нередки случаи, когда судебная экспертиза назначается до использования других процессуальных способов проверки информации о возможном некачественном оказании медицинской помощи, без тщательного предварительного отбора медицинских документов, без оценки достоверности содержащихся в них сведений и относимости документов к предмету экспертизы, без опроса медицинских работников, запроса или выемки документов внутреннего, ведомственного и

государственного контроля качества оказания медицинской помощи, проводимого в соответствии с требованиями Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011 медицинскими учреждениями, органами управления здравоохранением, страховыми медицинскими организациями, Росздравнадзором. Нередко экспертиза назначается сразу после обращения гражданина в орган следствия. Это становится причиной многочисленных запросов и ходатайств экспертов о представлении дополнительных материалов, о проведении осмотров, допросов медицинских работников, выемки и пр. Если бы это было сделано до назначения экспертизы, сроки ее производства были бы существенно сокращены. Именно в этом смогут помочь те специалисты, которых Следственный комитет привлекает в свой штат.

Возможно, это позволит избежать и постановки перед экспертами вопросов, выходящих за пределы компетенции судебно-медицинской экспертизы, например, «кто виноват в допущенных нарушениях?» или об установлении причинно-следственной связи между действием/бездействием конкретного лица и неблагоприятным исходом лечения, которое рассматривается как общественно опасное последствие. Следует учитывать, что судебно-медицинская экспертиза устанавливает связь только между внешними воздействиями и/или допущенными дефектами медицинской помощи и их конкретными физическими или психическими последствиями для жизни и здоровья человека – смертью, расстройством здоровья, утратой трудоспособности и др. Понятия «действие/бездействие» и «общественная опасность их последствий» являются сугубо юридическими, и соответствующие вопросы должны решаться органом или лицом, назначившим экспертизу. Ведь никогда и никто не задает судебно-медицинскому эксперту вопрос о причинной связи между действиями, например, водителя транспортного средства и наступлением смерти потерпевшего в случаях транспортной травмы, или о связи между «бездействием» лица, оставившего в доступном месте токсическое вещество,

и отравлением другого человека! Эти вопросы не входят в предмет судебно-медицинской экспертизы, а соответствующие суждения эксперта следует рассматривать как выход за пределы компетенции.

При назначении экспертизы в рамках дознания, доследственной проверки перед экспертами иногда ставится необоснованно большое число (до 200) вопросов, в том числе гипотетических и теоретических, а иногда выходящих за пределы предмета доследственной проверки.

Наверно это связано с тем, что, по мнению некоторых юристов, «следователь должен представлять механизм развития патологического процесса, приведшего к смерти или причинению тяжкого вреда здоровью больного, уметь выделять ключевые факторы и причины развития болезни» [8]. Безусловно приветствуя такое стремление к познанию истины, следует, не вступая в долгую полемику, сказать, что для того, чтобы «представлять механизм развития патологического процесса, приведшего к смерти или причинению тяжкого вреда здоровью больного», надо, по крайней мере, иметь минимальное медицинское образование.

Постановка перед судебными экспертами большого числа узко специальных вопросов, не имеющих прямого отношения к предмету доследственной проверки или к предмету доказывания по делу, мало что дает для уяснения существа дела, а, по мнению ряда юристов, иногда это может свидетельствовать о стремлении отдельных участников судопроизводства (пациентов и защитников), использовать ресурс правоохранительных органов для оказания давления на медицинские организации при рассмотрении своих претензий в связи с субъективной неудовлетворенностью лечением или недовольством условиями оказания медицинской помощи, стремлением вернуть денежные средства, затраченные на лечение, и др. (так называемый «потребительский экстремизм»). В других случаях, заведомо понимая необоснованность предъявления уголовных претензий к медицинскому учреждению или медицинскому работнику, таким образом добиваются производства судебной экспертизы за счет средств государства и получают

возможность использовать заключение эксперта в гражданском суде. Это нередко происходит после получения косметических эстетических, стоматологических и некоторых других платных медицинских услуг.

Между тем, для принятия обоснованного процессуального решения о возбуждении уголовного дела или об отказе в возбуждении дела перед экспертом достаточно поставить 4–5 вопросов:

– Диагноз заболевания (повреждения) у пациента? Форма заболевания (патологического состояния), его тяжесть, особенности течения?

– Какая медицинская помощь оказана? Каков исход оказания медицинской помощи (выздоровление, утрата трудоспособности, инвалидность, смерть)?

– Соответствует ли оказанная медицинская помощь требованиям нормативных правовых актов и иным требованиям (стандартов, клинических рекомендаций)? Имеются ли недостатки медицинской помощи, в чем конкретно эти недостатки заключались и к каким последствиям привели? На каком этапе и кем они допущены?

– Если выявлены недостатки оказания медицинской помощи, находятся ли они в причинно-следственной связи с неблагоприятными последствиями (исходом)?

– Причинён ли вред здоровью пациента вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи? Какова степень тяжести вреда причиненного здоровью?

На обязательность постановки перед экспертом таких вопросов обратил внимание Председатель СК России А.И. Бастрыкин в Указании от 17.05.2019 г. [9]. При этом надо особо подчеркнуть, что по смыслу статьи 8 Федерального закона № 73-ФЗ от 31.05.2001, следователь вправе получить мотивированное заключение судебного эксперта, оформленное по принципу «Верь мне – я эксперт, у меня есть доказательства», т.е. заключение, обоснованность и достоверность выводов которого можно проверить на базе общепринятых научных и практических данных, а не просто составленное,

исходя из распространенного представления «Верь мне – я эксперт».

Актуальность совершенствования судебно-медицинской экспертизы и правовых подходов к решению вопросов юридической ответственности медицинских работников несомненна. Суть проблемы всем хорошо понятна. В судебно-медицинской службе Российской Федерации ежегодно выполняются тысячи экспертиз по делам о нарушениях в профессиональной деятельности медицинских работников, накоплен колоссальный опыт экспертной работы и взаимодействия со Следственным комитетом, органами дознания и судами. Этот опыт заслуживает дальнейшего изучения и обобщения. Архивные материалы дел и экспертных заключений надо анализировать и систематизировать. Какому-то одному научному или экспертному учреждению, или специалисту это не под силу. Поэтому необходимо объединять усилия, создавать единые системы сбора информации по «врачебным делам» и планировать научные исследования в масштабах всей страны, определить пути кооперации научных исследований, в том числе с органами следствия, образовательными медицинскими и юридическими организациями по этой крайне актуальной проблеме межведомственного взаимодействия. Может быть со временем это позволит подтвердить высказывание Марка Твена: «Удивительно, как мало вреда приносят врачи, если иметь в виду их возможности».

Литература

1. Ижевский Н.И. О судебной ответственности врачей // Основы судебной медицины. Пособие для студентов медицинских институтов / под общ. ред. проф. Н.В. Попова. М.; Ленинград: Медгиз, 1938. – С. 580-588.
2. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 30.12.2021) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Тайц Б.М. Управление платными услугами в здравоохранении. ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. – Санкт-Петербург: ИПК Береста, 2021. – 376 с.
4. Улумбекова Г.Э. Парламентские слушания на тему «Законодательное регулирование в сфере здравоохранения. Необходимость или реальность?» [Электронный ресурс / Режим доступа: <https://www.youtube.com/watch?v=8ZYExf-sZtI>].
5. Круглый стол «Медицина и право. Врач и пациент». 18.02.2019 [Электронный ресурс / Режим доступа: <http://duma.gov.ru/news/29825/>].

6. Повзун С.А. К проблеме установления причинно-следственных связей при рассмотрении дел, связанных с предполагаемыми правонарушениями со стороны медицинских работников // Юридическая ответственность в сфере здравоохранения: Сборник статей по материалам Научно-практического круглого стола / под общ. ред. В.И. Кайнова, В.П. Очередыко, В.П. Сальникова, Е.В. Семухиной. Изд-во: Центр научно-информационных технологий «Астерион», Санкт-Петербург, 2020. – С. 141-146.

7. Лобан И.Е., Исаков В.Д. О понятиях: ятрогения и дефект медицинской помощи // Уголовная ответственность медицинских работников: вопросы теории и практики. Сборник статей по материалам Всероссийского научно-практического круглого стола: 3 марта 2017 г. // Северо-Западный филиал ФГБОУВО «Российский государственный университет правосудия» / под общ. ред. Е. Н. Рахмановой, д.ю.н., доцента. — СПб: ИД «Петрополис», 2017. – С. 101-105.

8. Серова Е.Б., Воронкова О.А. К вопросу о необходимости назначения повторных судебно-медицинских экспертиз по уголовным делам о ятрогенных преступлениях // Криминалистика. 2016; 2(19): 49-55.

9. О дополнительных мерах по усилению контроля за назначением судебных экспертиз по уголовным делам о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи (медицинских услуг). Указание Следственного комитета Российской Федерации №4/201 от 19.05.2019.

ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ТРАВМАТОЛОГО- ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

М.В.Лядова¹, Е.С.Тучик^{1,2}

¹*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва*

²*Российский центр судебно-медицинской экспертизы Минздрава России, Москва*

Аннотация: в статье приведены результаты анализа заключений комплексных судебно-медицинских экспертиз (СМЭ), проведенных пациентам с травмой и заболеваниями опорно-двигательного аппарата (ОДА) для оценки качества оказания медицинской помощи (МП). Выделены поводы назначения повторных СМЭ, причины повторного назначения СМЭ и их взаимосвязь с наступлением неблагоприятных последствий.

Ключевые слова: травматология-ортопедия, комиссия судебно-медицинская экспертиза, судебно-медицинская экспертиза, качество медицинской помощи.

PROBLEMS OF MEDICAL EXPERT EVALUATION OF SPECIALIZED TRAUMATOLOGICAL AND ORTHOPEDIC CARE

M.V.Lyadova¹, E.S.Tuchik^{1,2}

¹*Russian Medical University named by N.I. Pirogov, Moscow*

²*Federal Center of Forensic Medical Expertise Russian Ministry of Health, Moscow*

Summary: *the article presents the results of the analysis of the conclusions of complex forensic medical expertises conducted in patients with trauma and diseases of the musculoskeletal system to assess the quality of medical care. The reasons for the appointment of repeated forensic medical expertises, the reasons for the reappointment of forensic medical expertises and their relationship with the onset of adverse consequences are highlighted.*

Keywords: *traumatology-orthopedics, commission forensic medical expertise, forensic medical expertise, quality of medical care.*

Оказание медицинской помощи (МП) при травмах и повреждениях опорно-двигательного аппарата сопряжено с многочисленными правовыми рисками [1]. В списке специальностей, к которым наиболее часто предъявляют претензии пациенты, «травматология, ортопедия» занимает, по данным разных авторов, 3–5 место после акушерства и гинекологии, общей хирургии, стоматологии, онкологии, в зависимости от региона [1, 2].

В отделе сложных экспертиз бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области и Москвы, Российском центре судебно-медицинской экспертизы в период 2018–2021 годы было проведено 220 судебно-медицинских экспертиз с привлечением в состав экспертных комиссий врача-травматолога-ортопеда. Из них 87,2% (182) – составили экспертизы, выполненные по материалам дел, возбужденных следствием и судами для установления причинно-следственной связи между оказанной медицинской помощью пациентам с острыми травмами, ортопедическими заболеваниями опорно-двигательного аппарата (ОДА) в медицинских организациях Москвы, Московской области, регионов страны и возникшими неблагоприятными последствиями.

Отмечается тенденция к росту числа судебно-медицинских экспертиз (СМЭ) в рамках гражданского судопроизводства – 108 (59,3%). При этом, как указывает ряд авторов, значительно увеличилось количество положительных судебных решений по искам пациентов о компенсации морального вреда [3]. Следует отметить, что доказательственная презумпция суда основана на заключении комиссии СМЭ, в которых чаще прослеживается тенденция к установлению прямых причинно-следственных связей между дефектами и

оказанием МП или комиссия экспертов ограничивается ответом о невозможности сделать вывод относительно причинной связи, не предлагая какое-либо наиболее вероятное и рациональное объяснение неблагоприятному медицинскому исходу [3], что возможно рассматривать как косвенную причинно-следственную связь. С учетом того, что в уголовно-процессуальном праве лицо считается невиновным, пока не будет доказано обратное (ст. 14 УПК РФ), в гражданском праве действует презумпция вины – лицо считается виновным, пока оно не докажет свою невиновность (в вопросах о неисполнении обязательств или исполнении их ненадлежащим образом) [4, 5].

Из 108 экспертиз, проведенных в рамках гражданского судопроизводства в 17 случаях (15,7%) экспертиза была назначена повторно по решению суда. При анализе этих заключений в 6 из них была установлена прямая причинно-следственная связь между дефектами (дефектом) оказания МП и неблагоприятным исходом, несмотря на то, что неблагоприятный исход был обусловлен осложнениями течения травматической болезни или закономерный исход, и в 10 в экспертном заключении установлены логические противоречия, которые не позволили установить причину неблагоприятного исхода.

Таким образом, экспертная практика показывает, что, используя одни и те же источники информации, разные комиссии нередко приходят к противоположным заключениям, кроме того, сами источники не всегда могут дать объективное представление о проведенных медицинских вмешательствах по причине отсутствия соответствующих сведений в них из-за утери, ошибки в указании и т.п., а формальный подход к оценке правильности (правомерности) действий медработника на основании единственного критерия (соблюдения стандарта) не может считаться основополагающим в связи с чем необходимо определить единые принципы и системность в подходе при выборе критериев оценки качества медицинской помощи, в процессе экспертной оценки по специальности

«травматология, ортопедия» важным является четкая дифференциация между дефектом МП, исходом и осложнениями течения травматической болезни.

Литература

1. Тучик Е.С., Кильдюшов Е.М., Лядова М.В., Гусева С.В. Судебно-медицинская оценка качества оказания экстренной травматологической помощи потерпевшим // Московский хирургический журнал. – 2015. - №3 (43). – С.16-20.

2. Быховская О.А., Филатов А.И., Лобан И.Е., Исаков В.А. Анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам в отношении медицинских работников // Судебно-медицинская экспертиза. – 2018 №61(5) – С. 18-20. <https://doi.org/10.17116/sudmed20186105118>

3. Кратенко М.В. Проблема неопределенности причинной связи во «врачебных делах» и способы ее решения. (К вопросу о доказательственном значении экспертного мнения) // Судебно-медицинская экспертиза. – 2022. – №65(1) – С. 62-66.

4. Ковалев, И.Д. Роль доказательственных презумпций и правовых фикций при распределении бремени доказывания в гражданском процессе / И.Д. Ковалев // Вопросы российской юстиции. – 2020. – № 8. – С. 548-554.

5. Уголовный процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ // СПС «КонсультантПлюс».

О СЛОЖНОСТЯХ ЭТАПА ФОРМИРОВАНИЯ ВЫВОДОВ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ ЭКСПЕРТИЗ ПО ВОПРОСАМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

к.м.н. Н.В. Малахов^{1,2}, Е.М. Тришина¹, к.м.н, доцент Е.В. Тришин³

¹ ГУЗ ЯО «Ярославское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», Ярославль

² ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ярославль

³ ГАУЗ «Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан», Казань

Аннотация: Судебно-медицинские экспертизы по вопросам оказания медицинской помощи считаются самыми сложными и трудозатратными экспертизами. Именно экспертиза по вопросам оказания медицинской помощи является одним из основных доказательств уголовного дела по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи, что возлагает на экспертную комиссию особое бремя ответственности. В статье отражены основные вопросы, подлежащие разрешению, а также причины сложностей, возникающих при производстве данных экспертиз. Помимо выявления дефектов оказания медицинской помощи, ключевым моментом является определение наличия, либо отсутствия прямой причинно-следственной связи между дефектом (дефектами) и наступившим неблагоприятным последствием. При этом статистика экспертных исследований различных ГСЭУ, при которых установлена прямая причинно-следственная связь, указывает на отсутствие единых подходов к выявлению этой связи. Авторы считают, что в рамках судебно-медицинской экспертизы, экспертная комиссия, обладающая специальными знаниями в области медицины, прежде всего, должна исходить из теории причинности в медицине. Кроме того, в статье затрагиваются подходы к оценке «бездействия», которое невозможно объективно оценить в рамках компетенции судебно-медицинского эксперта. Примером сложности и значимости экспертиз по вопросам оказания медицинской помощи является случай из практики, изложенный в статье. На данном примере авторы демонстрируют, что тщательный, всесторонний анализ материалов и обстоятельств, использование в судебно-медицинской экспертизе знаний, не выходящих за рамки своей компетенции и понимание теорий причинности, в итоге позволяет избежать процессуальных ошибок.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, медицинская помощь, причинно-следственная связь, бездействие, дефект.

ABOUT THE DIFFICULTIES OF THE STAGE OF FORMING CONCLUSIONS DURING THE PRODUCTION OF EXAMINATIONS ON THE PROVISION OF MEDICAL CARE

N.V. Malakhov^{1,2}, E.M. Trishina¹, E.V. Trishin³

¹Yaroslavl Regional Bureau of Forensic Medical Examination, Yaroslavl

²Yaroslavl State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Yaroslavl

³Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan

Summary: Forensic examinations on the issues of medical care are considered the most

complex and labor-intensive ones. It is the expertise on the provision of medical care that is one of the main proofs of a criminal case on the fact of non-provision or improper provision of medical care, which places a special burden of responsibility on the expert commission. The article reflects the main issues to be resolved, as well as the reasons for the difficulties that arise during the production of these examinations. In addition to identifying defects in the provision of medical care, the key point is to determine the presence or absence of a direct causal relationship between the defect (defects) and the adverse consequence that has occurred. At the same time, the statistics of expert studies of various GSEU, in which a direct causal relationship has been established, indicates the lack of unified approaches to identifying this relationship. The authors believe that within the framework of forensic medical examination, an expert commission with special knowledge in the field of medicine, first of all, should proceed from the theory of causality in medicine. In addition, the article touches on approaches to the assessment of "inaction", which cannot be objectively assessed within the competence of a forensic medical expert. An example of the complexity and significance of examinations on the provision of medical care is the case from practice described in the article. Using this example, the authors demonstrate that a thorough, comprehensive analysis of materials and circumstances, the use of knowledge in forensic medical examination that does not go beyond their competence and an understanding of causality theories, ultimately avoids procedural errors.

Keywords: forensic medical examination, medical care, causal relationship, inaction, defect.

Основными задачами при проведении судебно-медицинской экспертизы по вопросам оказания медицинской помощи являются:

- выявление наличия, либо отсутствия дефектов оказания медицинской помощи;

- определение наличия, либо отсутствия между каждым дефектом и наступившим неблагоприятным последствием;

- определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека в случае наличия прямой причинно-следственной связи между дефектом /дефектами и наступившим неблагоприятным последствием.

Определение причинно-следственной связи являлось и является самым сложным вопросом экспертиз по вопросам оказания медицинской помощи и самым обсуждаемым. По нашему мнению, это обусловлено:

- полиморбидностью, коморбидностью заболеваний, взаимным негативным влиянием их друг на друга и на патологический процесс, вызванный дефектом оказания медицинской помощи;

- наличием нескольких (часто множества) непрерывно связанных между собой факторов и условий, способствующих наступлению неблагоприятного исхода (например, таких как: высокая вирулентность

инфекционного агента, наличие лекарственной резистентности у пациента, особенности реактивности макроорганизма, несвоевременность начала лечения в связи с запоздалым обращением за медицинской помощью и др.), что затрудняет оценку степени влияния дефекта на неблагоприятный исход;

- отсутствием единых нормативно закрепленных подходов выявления причинно-следственной связи.

В случае установления в экспертизе прямой причинно-следственной связи между дефектом и наступлением неблагоприятного исхода, медицинскому работнику может быть предъявлено обвинение, что накладывает на эксперта особое бремя ответственности. Согласно опубликованным данным, частота выявления прямой причинно-следственной связи в ряде государственных судебно-медицинских экспертных учреждениях существенно отличается, что позволяет предположить наличие различных подходов и субъективной составляющей при решении этого вопроса. Так, имеются данные об 1% установления прямой причинно-следственной связи (анализ 91 экспертного исследования за 2014 год) [1], о 20,7% (анализ 1023 экспертных исследований за 2010-2018 года) [2], и даже о 38,3% (анализ 137 экспертных исследований за 1990-2004 года) [3].

По нашему мнению, при судебно-медицинских экспертизах по вопросам оказания медицинской помощи, при установлении причинно-следственной связи следует исходить с позиции причинности в медицине. Общеизвестно, что в медицине причиной принято считать этиологию болезни, следствием – исход, а процесс между причиной и следствием обозначен как патогенез. Исходя из этого, смерть больного наступает от заболевания или повреждения (травмы), которые, как правило, имелись у пациента до его обращения за медицинской помощью. Устанавливая причину смерти от заболевания или повреждения (травмы), эксперт фактически уже установил причинно-следственную связь [4]. При этом, в случае выявления прямой причинно-следственной связи между дефектом

оказания медицинской помощи и смертью, по сути, будет усматриваться противоречие, так как с медицинской точки зрения и в соответствии с используемыми рекомендациями по формулировке патологоанатомических и судебно-медицинских диагнозов, правилами выбора и кодирования по МКБ-10, двух причин смерти быть не может [5, 6].

Еще одним важным вопросом экспертизы является оценка экспертами «бездействия» (например, отсутствие диагностики и/или лечения, недостаточная диагностика и/или лечение). Прежде чем подвергать экспертному анализу «бездействие», данный факт должен быть установлен судебно-следственными органами, в том числе с точки зрения реальной возможности осуществления необходимых «действий» конкретным медицинским работником в условиях конкретного ЛПУ.

Примером сложности экспертиз по вопросам оказания медицинской помощи и значимости решения вопроса о причинности является нижеизложенный случай.

Гражданин П., управляя автомобилем в состоянии алкогольного опьянения, допустил наезд транспортного средства на столб, при этом ударился передней поверхностью груди о руль. Очевидцы ДТП вызвали бригаду СМП, которая доставила пациента в ЦРБ. После осмотра, включающего пальпацию и аускультацию груди, оценку гемодинамики, врач-хирург ЦРБ не установил показаний для госпитализации и дополнительного обследования, выполнил ПХО раны губы, рекомендовал в случае ухудшения состояния вновь явиться на прием. Смерть гр. П. наступила по месту жительства, через 10 часов после ДТП. При судебно-медицинской экспертизе трупа, помимо ушибленной раны на коже нижней губы, у гр. П. была выявлена тупая травма груди: кровоизлияние в мягкие ткани груди, полный поперечный перелом грудины, множественные переломы ребер с обеих сторон по срединноключичным линиям, разрыв ушка левого предсердия с кровоизлиянием в полость сердечной сорочки и тампонадой сердца; в крови обнаружен этиловый спирт в количестве 1,7 ‰, в

моче – в количестве 2%; установлена прямая причинно-следственная связь между травмой груди и наступлением смерти гр.П. Необходимо указать, что какие-либо внешние повреждения в области груди умершего отсутствовали (ссадины, кровоподтеки, раны). В рамках уголовного дела была проведена ведомственная проверка оказания медицинской помощи гр. П., при которой выявлены нарушения оказания медицинской помощи: «...врачом хирургом не выполнены требования приказа МЗ РФ от 24.12.2012 № 1389н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при травмах грудной клетки», а именно не проведено ЭКГ-исследование, рентгенография органов грудной клетки...». Члены ведомственной комиссии высказались о наличии причинно-следственной связи между дефектами, допущенными хирургом и наступлением смерти гр. П. По уголовному делу судебно-медицинская экспертиза по вопросам оказания медицинской помощи не назначалась. Врач-хирург, оказывавший помощь гр. П., был обвинен в причинении смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей (ст. 109 ч. 2 УК РФ). В ходе следствия было установлено, что на день оказания медицинской помощи гр. П., единственный в ЦРБ рентгеновский аппарат был неисправен. В дальнейшем, на стадии рассмотрения уголовного дела судом, когда врач хирург находился уже в статусе подсудимого, уголовное дело было прекращено по нереабилитирующему основанию (амнистия). Спустя год дочь умершего обратилась в суд с иском к ЦРБ о возмещении материального ущерба и морального вреда. В рамках гражданского дела была назначена комиссия судебно-медицинская экспертиза по вопросам оказания медицинской помощи, в том числе и по вопросу наличия причинно-следственной связи между дефектами, допущенными хирургом, и смертью гр. П. В ходе исследования, экспертной комиссией выявлены дефекты оказания медицинской помощи:

- на этапе СМП гр. П. не проведено ЭКГ исследование и пульсоксиметрия в соответствии с приказом МЗ РФ от 24.12.2012 № 1389н

«Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при травмах органов грудной клетки»;

- учитывая обстоятельства случая (столкновение движущегося автомобиля с препятствием, находился на водительском месте легкового автомобиля), жалобы на боли в груди, имелись показания к дообследованию гр. П. в виде выполнения ему рентгенографии груди в двух проекциях, для исключения травмы груди.

Также эксперты указали на то, что при невозможности оказывать медицинскую помощь населению в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи (техническая неисправность единственного рентгеновского аппарата) администрация ЦРБ обязана была организовать маршрутизацию пациентов, требующих рентгенологического исследования, в ближайшие ЛПУ, где это возможно сделать и довести до сведения персонала ЦРБ правила направления и маршруты. Экспертная комиссия установила прямую причинно-следственную связь между закрытой тупой травмой груди, осложненной гемотораксом и наступлением смерти гр. П., так как первопричиной развития смертельного осложнения гемоторакса являлось повреждение сердца, входящее в комплекс травмы груди и имевшее место до оказания медицинской помощи. Допущенные дефекты оказания медицинской помощи являлись «условиями», которые не создали лишь возможность диагностировать тяжелую травму груди, а в случае адекватного лечения – предотвратить развитие гемоторакса. Даже в случае недопущения выявленных дефектов и адекватном лечении, благоприятный исход в виде сохранения жизни гр. П. не был гарантирован. При подобных разрывах сердца вследствие закрытой травмы груди летальность крайне высока [7–12]. Необходимо отметить, что действие приказа МЗ РФ от 24.12.2012 № 1389н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при травмах грудной клетки», нарушение которого вменялось в вину хирургу, не распространяется на оказание медицинской помощи в ЛПУ и данный приказ

регламентирует оказание скорой медицинской помощи фельдшерами и врачами бригад СМП.

Таким образом, в случае назначения судебно-медицинской экспертизы по вопросам оказания медицинской помощи гр. П. на стадии предварительного расследования и в случае всестороннего анализа медицинской помощи, разрешения вопроса о причинно-следственной связи между действиями врача-хирурга и наступлением смерти гр. П. с медицинской точки зрения, вероятнее всего, врач-хирург не был бы подвергнут уголовному преследованию.

По нашему мнению, только всестороннее, тщательное исследование материалов и обстоятельств, понимание теорий причинности позволит избежать ошибочных суждений, как при проведении экспертизы, так и при принятии процессуальных решений.

Литература

1. Малахов Н.В., Токарева Е.М. О современных особенностях работы отдела сложных экспертиз при проведении экспертных исследований по делам о правонарушениях, свершенных медицинскими работниками. Медицинское право: теория и практика. 2015; 1(1):276-280.
2. Породенко В.А., Ануприенко С.А., Гарькуша Н.А., Григорян К.А., Яценко М.Н., Потемкин Г.В. Динамика и структура комиссионных «врачебных» экспертиз в Краснодарском крае за 2010-2018 г.г. Кубанский научный медицинский вестник. 2019;26(4):66-75.
3. Пашинян Г.А., Ившин И.В. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. М.: Медицинская книга, 2006.
4. Т.В. Семина, В.А. Клевно, А.Ю.Гусев, О.В. Веселкина. Уголовная ответственность врача в современной России: монография. М.: Проспект, 2021.
5. Франк Г.А., Зайратьянц О.В., Мальков П.Г., Катурский Л.В. Формулировка патологоанатомического диагноза. Клинические рекомендации. Российское общество патологоанатомов. М.: «Практическая медицина», 2016.
6. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр: Обновления: <http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/index.html>.
7. А.И. Абдрахманова А.И., Амиров Н.Б., Цибулькин Н.А. Закрытая травма сердца на догоспитальном этапе. Вестник современной клинической медицины. 2015; 8(3): 57-64.
8. Вагнер Е.А. Хирургия повреждений груди. – М: Медицина, 1981.
9. Корпачева О.В. Ушиб сердца – нерешенные проблемы теории и практики. Общая реаниматология. 2008; IV(6): 76-79.

10. Казаков Ю.И., Евтихов Р.М., Казаков А.Ю., Сирота В.И. Хирургия сердца. Тверь: «Фактор», 2005.

11. Абакумов М.М., Костюченко Л.Н., Радченко Ю.А. Ранения сердца. М.: ООО «БИНМ-Пресс», 2004.

12. Шарипов И.А. Травма груди: проблемы и решения. М.: «ГРААЛЬ», 2003.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА С ЭЛЕМЕНТАМИ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ДЕЛАМ, СВЯЗАННЫМ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ПРАВОНАРУШЕНИЯМИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Н.А. Морозова

Новосибирский филиал Московской академии Следственного комитета Российской Федерации, Новосибирск

Аннотация: В настоящей статье ставится цель расширения сферы применения экспертизы качества медицинской помощи на уголовные дела, сравнения возможности судебно-медицинской экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, обосновывается возможность дополнения комиссии судебно-медицинских экспертов экспертами качества медицинской помощи.

Ключевые слова: Судебно-медицинская экспертиза, экспертиза качества медицинской помощи, профессиональные преступления медицинских работников.

FORENSIC MEDICAL EXAMINATION WITH ELEMENTS OF QUALITY EXAMINATION MEDICAL ASSISTANCE IN CASES RELATED TO PROFESSIONAL OFFENSES OF MEDICAL WORKERS

N.A. Morozova

Novosibirsk Branch of the Moscow Academy of the Investigative Committee of the Russian Federation, Novosibirsk

Summary: This article aims to expand the scope of the examination of the quality of medical care to criminal cases, compare the possibilities of forensic medical examination and examination of the quality of medical care, substantiates the possibility of supplementing the commission of forensic medical experts with experts of the quality of medical care.

Keywords: Forensic medical examination, examination of the quality of medical care, professional crimes of medical workers.

Необходимость совершенствования проведения экспертиз по делам, связанным с профессиональными правонарушениями медицинских работников, в том числе совмещение отдельных экспертиз в единую

комплексную экспертизу, послужила основанием для подготовки настоящей статьи. Целью является сокращение количества повторных и дополнительных экспертиз.

Обязательность назначения и проведения судебной экспертизы по уголовным делам о профессиональных преступлениях медицинских работников прямо предусмотрена подп. 1 и 2 ч. 1 ст. 196 УПК РФ, т.к. необходимо установить причину смерти, характер и степень вреда, причиненного здоровью. Это обстоятельство не оспаривается никем из сторон уголовного процесса. Тем более, что следственные органы и суды не обладают специальными знаниями в области медицины и не могут самостоятельно принять решения о наличии/отсутствии в действиях медицинских работников профессиональных нарушений, приведших к наступлению общественно-опасных последствий.

По уголовным делам в отношении медицинских работников, связанным с выполнением (невыполнением / ненадлежащим выполнением) ими профессиональных обязанностей, к обстоятельствам, подлежащим доказыванию, относятся: установление времени, места, способа совершения преступления, в частности наличие нарушений при оказании медицинской помощи, верность диагноза, возможность предотвращения неблагоприятного исхода, достаточность медицинских манипуляций и пр.

Ответы на эти вопросы дает экспертиза качества медицинской помощи, которая в соответствии со ст. 64 Закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», 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.

Однако в соответствии со ст. 63 Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» для установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу, назначается

и проводится судебно-медицинская экспертиза.

Экспертиза качества медицинской помощи проводится на основании критериев, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 № 203н [1]. В то же время, нормативное обеспечение судебно-медицинской экспертизы составляют Федеральный закон от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», Постановление Правительства Российской Федерации от 17 августа 2007 г. № 522 «Об утверждении правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», Приказ Минздравсоцразвития России от 12 мая 2010 г. № 346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» и др.

Нельзя не согласиться с мнением С.С. Бударина и Е.В. Смирновой о том, что критерии представляют наборы параметров, некоторые из которых являются простыми проверочными вопросами на тему исполнения установленных требований, в основном в части ведения медицинской документации, предполагающими получение однозначного ответа («да» или «нет»). Односложные ответы никак не характеризуют информативность и другие значимые характеристики записей, а также не отражают полное содержание произведенных действий, на основании которых эти записи были сделаны. В то же время категоричный отрицательный ответ по любому оцениваемому параметру равносителен принятию решения об отрицательных результатах в целом, вне зависимости от действительной клинической значимости каждого такого параметра [2].

Исключение из круга доказательств по уголовному делу экспертизы качества медицинской помощи, производство судебно-медицинской экспертизы без учета критериев качества зачастую приводит к тому, что по уголовным делам данной категории проводится две, три, а то и большее количество экспертиз.

Как верно указывает Е.В. Топильская, формально ч. 1.2 ст. 144 УПК

РФ разрешает ограничиться заключением экспертизы на стадии доследственной проверки в процессе доказывания. Однако та же норма категорически предписывает следователю назначить дополнительную либо повторную судебную экспертизу, если от стороны защиты или потерпевшего поступит соответствующее ходатайство. Да и следственная практика демонстрирует тенденцию к обязательному производству еще одной экспертизы после возбуждения уголовного дела по инициативе следователя, даже если заключение, полученное на стадии доследственной проверки, полностью удовлетворяет запросы следствия, является подробным, научно обоснованным и не вызывает дополнительных вопросов [3].

По мнению А.П. Божечко, поскольку основу правовых решений по делам данной категории составляют заключения судебно-медицинских экспертиз, в область пристального внимания попадают, прежде всего, объективность заключения и независимость экспертов. Интегральным критерием того и другого является обоснованность (доказанность) каждого экспертного вывода, особенно если он имеет форму категоричного императива [4].

Причинами назначения и проведения дополнительных либо повторных экспертиз может выступить несоответствие выводов фактическим обстоятельствам, установленным по делу, неясность, неполнота, противоречивость экспертных заключений или их выводов.

Эти обстоятельства приводят к нарушению разумных сроков предварительного следствия, истечению срока давности привлечения к уголовной ответственности, предъявлению обоснованных претензий о нарушении прав потерпевших. Затягивание сроков предварительного следствия и рассмотрения дела в суде избирается обвиняемыми в качестве способа защиты.

Включение эксперта качества медицинской помощи в состав комиссии, которой поручено проведение судебно-медицинской экспертизы по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи, позволит провести более

глубокое исследование по материалам дела, снизить количество дополнительных вопросов, а также сократить сроки предварительного и судебного следствия. Наличие в тексте судебно-медицинской экспертизы «проверочных листов» экспертизы качества медицинской помощи может сделать заключение в полной мере отвечающим требованиям подп. 9 п. 1 ст. 204 УПК РФ, предусматривающего наличие содержания и результатов исследований с указанием примененных методик.

Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201705170016> - дата обращения 14.02.2022.

2. Бударин С.С., Смирнова Е.В. Организация экспертизы качества медицинской помощи в системе ОМС и ее экспертный потенциал. Вестник Росздравнадзора. 2016; № 6: 13-22.

3. Топильская Е.В. Назначение экспертизы по делам о "медицинских" преступлениях на стадии доследственной проверки. Адвокатская практика. 2017; № 6: 47 - 51.

4. Божечко А.П. Категоричные выводы и их обоснованность в заключениях судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников. Медицинское право. 2020; № 3: 14 – 20.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОМИССИОННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ за 2013-2014 и 2019-2020 годы

М.Ш. Мукашев¹, А.Э. Турганбаев¹, Токтосун у. Бекжан¹, Б.А. Асанов¹,
М.Т. Моношов²

¹Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек

²Республиканский центр судебно-медицинских экспертиз Минздрава Кыргызской Республики, Бишкек

Аннотация: Ретроспективным сравнительным анализом комиссионных судебно-медицинских экспертиз по профессиональным правонарушениям медицинских работников за 2013-2014 и 2019-2020 годы установлено, что за 2013-2014 годы проведено 129 экспертиз. При этом в 54 случаях экспертизы касались акушер-гинекологов, 16 случаях - хирургов. В 2019-2020 г. количество проведенных экспертиз увеличилось до 184 случаев, из которых 73 случая касались профессиональной деятельности акушер-гинекологов и 37 случаев - хирургов. Имеется тенденция к увеличению количества экспертиз в отношении травматологов-ортопедов, окулистов, реаниматологов. В числе обвиняемых оказались и уролог, кардиолог, нейрохирурги, проктолог и врач-лаборант.

Ключевые слова: профессиональные правонарушения, комиссия судебно-медицинская экспертиза.

PROFESSIONAL OFFENSES OF MEDICAL WORKERS: COMPARATIVE ANALYSIS OF COMMISSION FORENSIC EXAMINATIONS FOR 2013- 2014 AND 2019-2020

M.Sh.Mukashev¹, A.E. Turganbaev¹, Toktosun u. Bekjan¹, B.A.Asanov¹,
M.T. Monoshov²

¹Kyrgyz State medical academy I.K. Akhunbaeva

²Republican Center for Forensic Medicine of the Ministry of Health of the Kyrgyz

Summary: Professional offences committed by medical personnel: comparative analysis of forensic investigation commissions for 2013 - 2014 and 2019 - 2020.

Summary: a retrospective comparative analysis of forensic investigation commissions for professional offences by medical personnel for the years 2013 - 2014 and 2019 - 2020 established that: in the period 2013 - 2014, 129 tests were carried out. Of these, 54 were gynaecologists and 16 were surgeons. In 2019-2020, the number of investigation conducted increased to 184 cases. Of these, 73 cases concerned obstetricians and gynaecologists and 37 cases concerned surgeons. There is a tendency to increase the number of investigation for traumatologists, ophthalmologists and resuscitators. The accused included a urologist, a cardiologist, a neurosurgeon, a proctologist and a laboratory doctor.

Keywords: Professional offences, forensic investigation commissions.

Актуальность. С каждым годом растет потребность населения в разных видах медицинских услуг, начиная от косметических до органосохраняющих

видов с применением и простых, и инвазивных (агрессивных) методов диагностики и лечения. В связи с этим возникла необходимость в проведении систематического контроля таких услуг, оказываемых как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях [1].

Медицинская деятельность отличается тем, что допускает возможность неблагоприятного результата лечения, ухудшения состояния здоровья больного, развития каких-то осложнений и даже наступления смерти [2]. Распространение закона по защите прав потребителей на сферу медицины и появление термина «медицинская услуга» привели к тому, что все нормы и законы работают на пациента [3].

При этом имеющиеся в Уголовном кодексе такие статьи, как «крайняя необходимость» (ст. 47), «обоснованный риск» (ст. 51) УК Кыргызской Республики правоприменительно к медицинским услугам, к сожалению, являются «неработающими», т.к. при юридической оценке действий врача экстремальность оказания медицинской помощи, обоснованность действий врача или применение каких-то видов оказания медицинской помощи из крайней необходимости не учитывается, тогда как судебно-медицинские экспертизы по «врачебным делам» назначаются по ряду статей УК (ст. 143 – заражение венерической или неизлечимой инфекционной болезнью; ст. 145 – неоказание помощи; ст.146 – ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником). Таким образом, медицинская деятельность находится под пристальным надзором уголовного права и кодекса о правонарушениях Кыргызской Республики.

Увеличение жалоб и обращений граждан в правоохранительные органы на дефекты оказанных медицинских услуг, по нашему мнению, обусловлены, прежде всего, платностью медицинских услуг и неудовлетворённостью результатами медицинских услуг, ростом правовой грамотности населения и его активности в защите конституционных прав по оказанию надлежащей медицинской услуги, доступностью различных источников информации и,

как следствие, появление все новых и более разнообразных претензий пациентов к медицинским работникам [3].

Судебно-медицинские экспертизы, связанные с установлением дефектов при оказании медицинских услуг, являются одними из наиболее сложных [4]. Это связано с тем, что при их проведении экспертная комиссия решает вопросы, связанные не только с диагностикой, но и с неправильным осуществлением медицинских манипуляций и операций, соблюдением стандартов и обоснованности назначенного лечения, установлением причинной связи между выявленной патологией и развившимися осложнениями [4, 5].

Учитывая рост комиссионных судебно-медицинских экспертиз по профессиональным правонарушениям медицинских работников и расширением круга врачей, привлекаемых в качестве ответчиков и обвиняемых, нами поставлена цель: провести сравнительный анализ проведенных комиссионных экспертиз по «врачебным делам» за 2013–2014 и 2019–2020 годы.

Материал и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз отдела комиссионных и комплексных экспертиз Республиканского центра судебно-медицинских экспертиз (РЦСМЭ) Министерства здравоохранения Кыргызской Республики за 2013–2014 и 2019–2020 годы (см. таблицу 1).

Таблица 1. Распределение «врачебных дел» за 2013–2014 и 2019–2020 гг.

Годы	Экспертизы				Общее количество экспертиз
	по уголовным делам	по отказным делам	по гражданским делам	по незаконной пересадке роговицы	
2013	15	29	–	–	44
2014	20	63	1	1	85
2019	36	49	3	–	88
2020	16	76	4	–	96

Из таблицы видно, что количество назначенных судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» в сравниваемые годы имеет неуклонную

тенденцию к росту, что свидетельствует о росте числа конфликтов с пациентами [3].

Анализ показал, что претензии пациентов на непрофессиональное выполнение «медицинских услуг» специалистами имелись практически ко всем специалистам клинического профиля и число таких претензий из года в год расширяется (таблица 2).

Таблица 2. Распределение специалистов, по профессиональным действиям которых проводились экспертизы

Специалисты	Общее количество выполненных экспертиз					
	2013	2014	Всего	2019	2020	Всего
Акушер-гинекологи	20	34	54–41,9%	37	36	73–39,6%
Хирурги	10	6	16–12,45%	16	21	37–20,1%
Онкологи	3	3	6–4,64%	–	1	1–0,5%
Инфекционисты	2	–	2–1,5%	1	2	3–1,6%
Фтизиатры	–	3	3–2,41%	1	2	3–1,6%
Реаниматологи	–	3	3–2,41%	4	2	6–3,2%
Нефрологи	–	19	19–14,7%	–	1	1–0,5%
Окулисты	1	10	11–8,5%	8	3	11–5,9%
Педиатры	–	2	2–1,5%	2	3	5–2,7%
Терапевты	–	1	1–0,7%	1	2	3–1,6%
Стоматологи	2	2	4–3,1%	2	3	5–2,7%
Физиотерапевты	–	1	1–0,7%	–	–	–
Медсестры	1	–	1–0,7%	3	–	3–1,6%
Дерматологи	2	–	2–1,5%	–	–	–
Травматологи-ортопеды	1	–	1–0,7%	4	8	12–6,5%
Неврологи	1	–	1–0,7%	3	4	7–3,8%
Скорая помощь	1	1	2–1,5%	1	2	3–1,6%
Уролог	–	–	–	2	–	2–1,08%

Специалисты	Общее количество выполненных экспертиз					
	2013	2014	Всего	2019	2020	Всего
Кардиолог	–	–	–	2	2	4–2,1%
Врач-лаборант	–	–	–	1	1	2–1,08%
Нейрохирург	–	–	–	–	2	2–1,08%
Проктолог	–	–	–	–	1	1–0,5%
Всего	44	85	129–99,61%	88	96	184–99,34%

Из таблицы видно, что наибольшее количество комиссионных судебно-медицинских экспертиз касается профессиональной медицинской деятельности акушер-гинекологов и хирургов, а в 2019–2020 годах увеличилось количество экспертиз и в отношении реаниматологов, травматологов-ортопедов, педиатров, в числе обвиняемых оказались и уролог, кардиолог, нейрохирург, проктолог и врач-лаборант. В 2019–2020 годах в отдел комиссионных и комплексных экспертиз РЦСМЭ МЗ КР поступили материалы дела в количестве 11 и 12 соответственно по факту заражения СПИД медицинскими работниками при выполнении ими медицинских манипуляций. В 2020-м году, в связи с летальными исходами от COVID-19 (за неоказание медицинских услуг, неправильное лечение, несвоевременную госпитализацию), поступили 75 дел с предопределенной статьей 146 УК КР (ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником).

Таким образом, сравнительный анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» за 2013–2020 годы свидетельствует об очевидности увеличения количества подобных экспертиз, увеличения количества и расширения привлекаемых к ответственности специалистов. Наибольшее же количество экспертиз проведено в отношении профессиональной деятельности акушер-гинекологов, хирургов, травматологов, реаниматологов, педиатров, что, безусловно, связано с характером медицинского вмешательства и экстренностью действий.

Литература

1. Мукашев М.Ш., Яксанова С.В., Будаичиев М.Б. Структура судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» за 2013-2014 гг. //Судебная медицина: вопросы, проблемы, экспертная практика. 2018. Вып. 4(25). С. 56–63.

2. Буромский И.В., Сидоренко Е.С., Ермакова Ю.В. К вопросу унификации терминологии, используемой при проведении судебно-медицинских экспертиз по материалам дела и медицинским документам. Труды Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Вехи истории российского центра судебно-медицинской экспертизы. К 90-летию со дня образования» 21–22 октября 2021 г. Том 2 /под общей ред. д.м.н., профессора И.Ю. Макарова. Москва, 2021: 220–226.

3. Баринов Е.Х., Воеводина С.В. Анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам гражданских и уголовных дел в связи с возникновением ненадлежащих исходов оказания скорой медицинской помощи. Труды Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Вехи истории российского центра судебно-медицинской экспертизы. К 90-летию со дня образования» 21–22 октября 2021 г. Том 2 /под общей ред. д.м.н., профессора И.Ю. Макарова. Москва, 2021: 226–231.

4. Сухарева М.А., Баринов А.Е. Исследование нежелательных исходов в медицинской практике. Современные методы лабораторной и инструментальной диагностики травм и заболеваний. Профилактика профессиональной заболеваемости специалистов. Сборник материалов научно-практической конференции молодых учёных судебных медиков и патологоанатомов Центрального федерального округа. Москва.2014. с. 80–81.

5. Беляев Л.В., Ноздряков К.В. Алгоритм проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз по медицинским документам в акушерско-гинекологической практике //Суд-мед-экспертиза.-2007. №1. С. 18–21.

АНАЛИЗ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ГРАЖДАНСКИМ И УГОЛОВНЫМ ДЕЛАМ, СВЯЗАННЫМ С НЕНАДЛЕЖАЩИМ ОКАЗАНИЕМ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

к.м.н. И.О. Печерей, д.м.н., профессор П.О. Ромодановский,
д.м.н., профессор Н.Ф. Плавунов

Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова, Москва

Аннотация: В статье анализируются судебно-медицинские экспертизы, проведённые в рамках уголовных и гражданских дел, связанных со случаями ненадлежащего оказания скорой медицинской помощи. Дается экспертная оценка выявленных нарушений установленных требований к качеству и безопасности оказания скорой медицинской помощи, предлагается методология проведения соответствующих судебно-медицинских экспертиз, а также пути профилактики возникновения подобного рода нарушений при оказании скорой медицинской помощи.

Ключевые слова: судебно медицинская экспертиза, скорая медицинская помощь, требования к качеству и безопасности оказания скорой медицинской помощи, экспертная оценка, методология проведения судебно-медицинских экспертиз.

ANALYSIS OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS IN CIVIL AND CRIMINAL CASES RELATED TO IMPROPER EMERGENCY MEDICAL CARE

I.O. Pecherey, P.O. Romodanovsky, N.F. Plavunov

Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, Moscow

Summary: The article analyzes forensic medical examinations performed in criminal and civil cases involving cases of improper emergency medical care. Gives expert estimation of revealed violations of established requirements for quality and safety in rendering emergency medical aid; offers the methodology of forensic medical examinations as well as the ways of prevention of such violations in rendering emergency medical aid.

Keywords: forensic medical examination, emergency medical aid, requirements for quality and safety of emergency medical aid rendering, expert assessment, methodology of forensic medical examination.

Одним из направлений развития здравоохранения является развитие и совершенствование скорой медицинской помощи. При этом состоянии скорой медицинской помощи рассматривается как фактор национальной безопасности [1]. В свою очередь, в настоящее время значительно увеличилось число уголовных и гражданских дел, связанных с ненадлежащими случаями оказания скорой медицинской помощи.

В рамках уголовного расследования и гражданского процесса,

связанных с рассмотрением подобного рода случаев, как правило назначаются комиссионные судебно-медицинские экспертизы, на разрешение которых ставятся вопросы – имели ли место нарушения при оказании скорой медицинской помощи и состояли ли они в причинно-следственной связи с неблагоприятными для гражданина последствиями, которыми как правило является причинение вреда здоровью или летальный исход [2]. От того, насколько методологически верно будут выполнены судебно-медицинские экспертизы, зависит как исход гражданского судебного разбирательства, так и процессуальная судьба конкретных медицинских работников – фигурантов уголовных дел. При этом, в настоящее время отсутствует единая методология проведения судебно-медицинских экспертиз по случаям ненадлежащего оказания скорой медицинской помощи.

Целью работы являлось предложение на основании клинико-экспертного анализа случаев ненадлежащего оказания скорой медицинской помощи алгоритма их судебно-медицинской оценки, а также разработка комплекса мер, направленных на профилактику нарушений с целью совершенствования и оптимизации оказания данного вида медицинской помощи.

Был проведён ретроспективный анализ 36 заключений комиссионных судебно-медицинских экспертиз (из них 30 судебно-медицинских экспертиз были назначены судом в рамках гражданского процесса, а 6 – в рамках уголовного расследования) по случаям ненадлежащего оказания скорой медицинской помощи.

В ходе исследования установлено, что при проведении анализируемых комиссионных судебно-медицинских экспертиз имелись следующие методологические нарушения:

- вероятностный характер выводов;
- при обосновании выводов отсутствовали ссылки на порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации;

- отсутствие в составе экспертной комиссии врачей-специалистов скорой медицинской помощи;
- игнорирование при проведении экспертизы ряда материалов дел;
- ссылки на недействующие на момент рассматриваемых случаев оказания скорой медицинской помощи нормативно-правовые акты;
- проведение судебно-медицинской экспертизы по копиям медицинской документации;
- ошибочная оценка информации, представленной в медицинской документации.

Особое внимание следует уделить случаю, когда в основу заключения судебно-медицинской экспертизы легла информация, полученная из талона медицинской помощи, т.е. документа, который, согласно действующего на момент юридически значимого события Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 05.2012 г. № 441н, оформлялся в произвольной форме и носил исключительно справочный характер. Вместе с тем комиссией экспертов было указано, что в данном документе отсутствует определённый блок информации, который, по субъективному мнению экспертов, должен был обязательно присутствовать, что было ошибочно интерпретировано как нарушение оформления медицинской документации.

Возникновение всех вышеприведённых методологических нарушений коллектив авторов в первую очередь связывает с отсутствием единой методологии проведения судебно-медицинских экспертиз по случаям ненадлежащего оказания скорой медицинской помощи.

По результатам проведённых судебно-медицинских экспертиз были выявлены следующие группы нарушений при оказании скорой медицинской помощи:

- ошибки при заполнении медицинской документации;
- необоснованный отказ в госпитализации;

- нарушения установленных нормативов времени доезда бригады СМП до пациента;
- нарушения установленных нормативов по комплектованию бригад СМП;
- неправильно установленный диагноз и ошибочная тактика оказания медицинской помощи;
- неосуществление фельдшерской бригадой СМП вызова «на себя» врачебной бригады;
- не проведение пациенту показанных ему медицинских вмешательств.

Особый интерес представляет случай, когда экспертной комиссией как нарушение было интерпретировано проведение персоналом бригады СМП глюкометрии пациенту, который находился в приёмном покое, куда была вызвана бригада СМП с целью его транспортировки в другое медицинское учреждение. По мнению членов экспертной комиссии, проводить глюкометрию в данном случае не следовало, так как пациент находился в стационаре и вся информация о его клинической картине, включая данные анализов, в том числе уровня глюкозы в крови, была известна.

Также обращаем внимание, что экспертными комиссиями в большинстве случаев выявленные ошибки ведения медицинской документации расценивались как нарушения при оказании скорой медицинской помощи, что находило отражение в судебных решениях, вынесенных в рамках гражданского процесса, и являлось основанием для присуждения истцам компенсации морального вреда. При этом нарушения ведения медицинской документации носят повсеместный и распространённый характер, доходя по некоторым данным до 100% случаев [3].

По результатам проведённого исследования были сформулированы следующие предложения по разработке алгоритма случаев ненадлежащего оказания скорой медицинской помощи:

- обязательное включение в состав экспертной комиссии врача-специалиста скорой медицинской помощи;

- обязательное использование при проведении судебно-медицинской экспертизы документов установленного образца (в частности, форма карты вызова скорой медицинской помощи, утверждённая Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 2.12.2009 г. № 942) и всех материалов дела;

- обязательная ссылка при формировании выводов на действующие в юридически значимый период времени порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации;

- избегание вероятностного характера заключений.

Также предложен комплекс мер, направленных на профилактику нарушений с целью совершенствования и оптимизации оказания скорой медицинской помощи, включающий в себя, в частности предложения по организации:

- самоконтроля медицинских работников при заполнении ими медицинской документации (карт вызова скорой медицинской помощи);

- изучения медицинскими работниками нормативно-правовой базы оказания скорой медицинской помощи в соответствии с требованиями профессиональных стандартов (Приказ Минтруда России № 133н от 14.03.2018 г., Приказ Минтруда России № 3н от 13.01.2021 г.);

- систематического проведения с медицинскими работниками скорой медицинской помощи на базе медицинских организаций обучающих занятий на тему выявленных различными методами контроля нарушений при осуществлении их профессиональной деятельности, причин их возникновения и методов профилактики.

Литература

1. «Скорая медицинская помощь. Национальное руководство» Под редакцией С.Ф. Багненко, М.Ш. Хубутя, А.Г. Мирошниченко, И.П. Миннуллиной. М: Издательская группа ГЭОТАР- Медиа, 2021.

2. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 5.11.2015 г. № 14-1/10/2-6632 О Методических рекомендациях «Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи».

3. Ю.Д. Сергеев, Ю.В. Бисюк. Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи: (экспертно-правовые аспекты): научно-практическое руководство. М: Товарищество научных изданий КМК, 2008.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКИХ ЭСТЕТИЧЕСКИХ ПОКАЗАНИЙ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

И.В. Плетянова

Российский центр судебно-медицинской экспертизы Минздрава России, Москва

Аннотация: В статье затронуто раскрытие понятия эстетических показаний и соотношение его с медицинскими показаниями в пластической хирургии. Отмечена необходимость выявления возможных медицинских противопоказаний при имеющихся эстетических медицинских показаниях, что будет являться критерием объективной экспертной оценки при выявлении недостатков оказания медицинской помощи. Акцентировано внимание на информированном добровольном согласии, которое в таких случаях не будет являться объективным фактором установленного недостатка оказания медицинской помощи. Приведены примеры из экспертной практики оценки клинических случаев с имеющимися медицинскими и эстетическими противопоказаниями при наличии эстетических показаний к оперативному вмешательству.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, пластическая хирургия, недостатки оказания медицинской помощи, эстетические показания, медицинские противопоказания.

EXPERT EVALUATION OF MEDICAL AESTHETIC INDICATIONS AND CONTRAINDICATIONS IN PLASTIC SURGERY

I. V. Pletyanova

Federal Center of Forensic Medical Expertise Russian Ministry of Health, Moscow

Summary: The article touches upon the disclosure of the concept of aesthetic indications and its correlation with medical indications in plastic surgery. It is noted that it is necessary to identify possible medical contraindications with existing aesthetic medical indications, which will be a criterion for an objective expert assessment when identifying shortcomings in the provision of medical care. Attention is focused on informed voluntary consent, which in such cases will not be an objective factor of the established lack of medical care. Examples from expert practice of evaluating clinical cases with existing medical and aesthetic contraindications in the presence of aesthetic indications for surgical intervention are given.

Keywords: forensic medical examination, plastic surgery, shortcomings of medical care, aesthetic indications, medical contraindications.

При экспертном исследовании материалов гражданских дел, производство которых связано с вопросами оказания медицинской помощи по пластической хирургии, эксперты неизбежно сталкиваются с таким понятием, как «эстетические показания». При этом ни медицина, ни право нам не раскрывают определения эстетических показаний. Понятие «эстетическая медицина» в настоящее время, несмотря на популярность, также не имеет своего точного определения ни в медицине, ни в праве [1].

В материалах гражданских дел, в имеющихся объяснениях со стороны медицинских организаций, мы можем встретить такие фразы, как: «...пациент изъявил желание именно к выполнению конкретного оперативного вмешательства...», «...оперативное вмешательство было выполнено в связи с тем, что пациентка настаивала...», «...пациентка была предупреждена об осложнениях, но она настаивала именно на данном объеме эстетической коррекции...», «...манипуляция была выполнена по эстетическим, а не по медицинским показаниям...». Такие объяснения обычно встречаются, когда клинический случай неоднозначен, и имеются либо противопоказания к выполнению эстетической хирургической коррекции, либо же в данной клинической ситуации следовало проявить необходимую врачебную настороженность.

Одна из главных задач экспертной комиссии – установить и объективно подтвердить наличие или отсутствие недостатков оказания медицинской помощи конкретному пациенту. Для правильной объективной экспертной оценки таких случаев необходимо установить наличие или отсутствие медицинских показаний и противопоказаний. Как врачу, оказывающему медицинскую помощь, так и судебно-медицинскому эксперту, необходимо понимать – действительно ли эстетические показания не относятся к медицинским и могут быть выделены отдельно от последних.

Медицинская помощь в эстетической пластической хирургии направлена на изменение внешнего вида, формы и взаимосвязей

анатомических структур любых областей человеческого тела соответственно общепринятым эстетическим нормам и представлениям конкретного пациента, включая коррекцию возрастных изменений, коррекцию последствий устранения анатомических и (или) функциональных дефектов покровных и подлежащих тканей любой локализации, ведущих к улучшению качества жизни методами эстетической пластической хирургии [2].

Несмотря на то, что нет четкого определения, характеризующего «эстетические показания» на сегодняшний день, следует понимать, что выполнение медицинской помощи в пластической хирургии по эстетическим показаниям равнозначно тому, что медицинская помощь выполняется по желанию пациента, в соответствии с представлениями пациента об эстетических нормах и собственной внешности.

Показания в медицине – это особенности характера, локализации, течения патологического процесса и вызванных им расстройств, служащие основанием для проведения определенного лечебного или диагностического мероприятия [3]. Лечебные и диагностические мероприятия на сегодняшний день трактуются [4] как:

– 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;

– 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.

Поскольку пластическая хирургия, также как и любая другая

медицинская специальность в зоне эстетической медицины, относятся к медицинской деятельности [5], то в них так же, как и во всех других медицинских специальностях, необходимы и диагностика, и лечение. Например, хирургическое лечение в пластической хирургии, направленное на подтяжку мягких тканей лица, проводится не только по желанию пациента, но и в соответствии с установленным диагнозом «старческая атрофия (вялость) кожи,птоз мягких тканей лица»; мастопексия проводится также в соответствии с диагнозом «птоз молочных желез». Несмотря на то, что желание пациента, то есть эстетические показания, являются определяющими, врачу необходимо выявить не только пожелания, но и установить конкретный диагноз.

Исходя из определения медицинских показаний, диагностики и лечения, следует, что эстетические показания не выделены в отдельную группу показаний, как например, социальные показания, а являются частью медицинских, поскольку также служат основанием для определенных методов диагностики и лечения, но только по желанию пациентов. Говоря об эстетических показаниях, мы предполагаем, что они являются медицинскими, а не какими иными. Как в терминологии, так и в практической медицине эстетические и медицинские показания могут рассматриваться в совокупности, и разницу в них определить крайне сложно. Например, реконструкция молочных желез после секторальной резекции или мастэктомии, восстановление мягких тканей после сочетанных травм, ожоговых ран, рубцовых деформаций.

Выделяют абсолютные, жизненные и относительные показания. Безусловно, в поле медицинской деятельности эстетической медицины речь не может идти об абсолютных или жизненных показаниях. Эстетические показания могут быть только относительными. Относительные показания – показания, не исключающие замены данного лечебного или диагностического мероприятия другим.

Таким образом, при оценке клинического случая в рамках

производства конкретной экспертизы по пластической хирургии, эксперту необходимо определить, правильно ли был установлен диагноз на основании жалоб, осмотра и дополнительных методов обследования, правильно ли было проведено хирургическое лечение и соответствовало ли оно эстетическим медицинским показаниям.

При установлении правильности или неправильности медицинского вмешательства в пластической хирургии необходимо установить, имелись ли противопоказания.

Противопоказания – особенности характера, локализации, течения патологического процесса и вызванных им расстройств, препятствующие применению определенного метода лечения или обследования больного. Абсолютные – противопоказания к данному методу лечения или диагностическому мероприятию, полностью исключающие возможность их применения. Относительные – противопоказания к данному методу лечения или диагностическому мероприятию, указывающие на его значительную в данном случае опасность и на необходимость принятия особых мер предосторожности, либо выбора хотя и менее эффективного, но более безопасного метода.

Одним из объектов исследования при производстве комиссионных судебно-медицинских экспертиз в области пластической хирургии является информированное добровольное согласие, которое должно находиться в медицинской документации подэкспертного. В последнее время судом перед экспертной комиссией все чаще ставятся вопросы о надлежащем информировании пациента о предстоящей медицинской услуге.

В связи с возникающим недопониманием, связанным с медицинскими и эстетическими показаниями, может возникнуть ситуация, когда врач, оказывающий медицинскую помощь по пластической хирургии, выявляет те или иные относительные противопоказания к конкретной медицинской услуге и надлежащим образом предупреждает пациента о возможных осложнениях, то есть пациент подписывает информированное добровольное

согласие. После развития предполагаемого осложнения в результате медицинской манипуляции, к которой имелись относительные противопоказания, позиция ответчика (медицинской организации) считает, что пациент был предупрежден, подписал об этом информированное добровольное согласие, однако, настаивал на проведении медицинской услуги («эстетические показания»), следовательно, медицинская услуга выполнена правильно, недостатки медицинской помощи отсутствуют. Такое утверждение не является верным.

Не исключено, что при правовой оценке случая такое «разрешающее» информированное добровольное согласие сыграет свою роль в защите клиники. Однако, при экспертной оценке необходимо разграничение эстетических показаний и медицинских противопоказаний, то есть необходимо выделение последних. В пластической хирургии, так же, как и в других медицинских специальностях, выполнение медицинской услуги при имеющихся противопоказаниях, даже относительных, является недостатком оказания медицинской помощи. И наличие надлежащим образом оформленного информированного согласия в данном случае не будет являться объективным фактором для такого недостатка оказания медицинской помощи.

Приведем пример экспертной оценки одного из этапов многоступенчатого оказания медицинской помощи пациентке, которой необходимо было удаление полиакриламидного геля из молочных желез с последующей их эстетической коррекцией.

Подэкспертная 40 лет, в анамнезе – длительное (около 20 лет) нахождение инородного тела в молочных железах, а именно – полиакриламидного геля (по 500 мл в каждой молочной железе), введение которого в мягкие ткани запрещено с 2001 года в связи с высокой токсичностью. Целью оперативного вмешательства было – максимально возможное удаление биогеля из молочных желез, с иссечением имбибированных гелем мягких тканей, то есть имели место исключительно

медицинские показания. Эстетическую коррекцию (эндопротезирование), согласно данным имеющейся специализированной литературы [6,7], было целесообразней сделать вторым этапом, после полного реабилитационного периода и заживления тканей. Однако женщина настаивала на одномоментном эндопротезировании по личным причинам. То есть второй этап оперативного вмешательства – это медицинские эстетические показания, и он мог быть выполнен при отсутствии противопоказаний. Врачом было выявлено отсутствие противопоказаний, и, несмотря на нецелесообразность выполнения операции по удалению биогеля и одномоментного эндопротезирования, такое оперативное вмешательство было выполнено. Женщина была проинформирована о возможных эстетических осложнениях, длительном реабилитационном периоде, о чем свидетельствовало подписанное информированное добровольное согласие.

На данном этапе оказания медицинской помощи комиссия экспертов посчитала, что выполнение одномоментного эндопротезирования вместе с удалением полиакриламидного геля было нецелесообразным, однако, противопоказаний к такому объему оперативного вмешательства не имелось. Подтвердить и обосновать, что методика выполнения оперативного вмешательства в виде удаления полиакриламидного геля с иссечением нежизнеспособных тканей и одномоментным эндопротезированием была неправильной, не представляется возможным. В данном случае выполнение оперативного вмешательства в указанном объеме являлось выбором хирурга, и было не противопоказано (несмотря на то, что нецелесообразно), и не может трактоваться как недостаток оказания медицинской помощи.

Однако, в послеоперационный период пациентки осложнился местным воспалительным процессом, начиная с 7-х послеоперационных суток. Несмотря на антибактериальную терапию, местное лечение, имела место отрицательная динамика в виде инфильтрации мягких тканей молочных желез, расхождение краев операционных ран, повышенное мутное серозное отделяемое по дренажам. Указанная клиническая картина отмечалась

несколько дней. Развитие воспалительных осложнений любой этиологии при наличии инородных тел является показанием к удалению инородных тел. Однако, удаления имплантатов выполнено не было, поскольку у пациентки (с точки зрения ответчика) имелись «эстетические показания». Ведение пациентки с выраженным локальным воспалением после удаления биогеля и эндопротезирования продолжалось около 2-х месяцев. После неоднократных попыток иссечения краев операционных ран, санации, ушивания и других сохраняющих медицинских вмешательств, имплантаты пришлось удалить.

На данном этапе оказания медицинской помощи экспертной комиссией было вынесено заключение, что имел место недостаток оказания медицинской помощи в виде неправильной тактики лечения местных воспалительных послеоперационных осложнений. При имеющихся показаниях к удалению инородных тел, была избрана длительная выжидающая тактика. В данном случае эстетические показания (попытка сохранить имплантаты в молочных железах) превалировали над медицинскими противопоказаниями (наличие острого воспалительного процесса в зоне расположения инородных тел), что повлияло на врачебное решение, а в дальнейшем – на отрицательный результат.

В материалах данного гражданского дела имеются объяснения позиции ответчика, в которых указано, что истица надлежащим образом была информирована, специализированное информированное добровольное согласие подписано, в нем изложено о возможности развития местного воспалительного процесса, как послеоперационного осложнения на фоне имплантации сразу после удаления большого количества биогеля. Однако после эндопротезирования развилось новое состояние, новое заболевание, которое вышло на первый план и требовало совершенно других методов лечения, незапланированных ранее, связанных не с эстетической целью, а в первую очередь с состоянием здоровья. На основании вышеизложенного, наличие информирования пациентки не было расценено как объективный фактор недостатка экспертной комиссии при обосновании выводов.

Помимо медицинских противопоказаний, очень редко мы можем сталкиваться с медицинскими эстетическими противопоказаниями, под которыми следует понимать такое состояние, которое будет препятствовать наступлению благоприятному (желаемому) эстетическому исходу (результату).

Приведем пример, когда медицинское вмешательство в пластической хирургии было выполнено по эстетическим показаниям, однако имелись эстетические противопоказания, которые не допустили наступления желаемого истицей результата. Женщина 56 лет, впервые обратилась к пластическому хирургу по поводу неудовлетворительного состояния мягких тканей лица. До указанного обращения ни разу не проводила какие-либо медицинские манипуляции на лице, медицинская помощь по косметологии (по поводу своевременного восстановления, поддержания в нормальном состоянии мягких тканей лица, для восстановления объемов, увлажнения кожи) оказана не была, в связи с отсутствием обращения за ней самой пациентки. С точки зрения пациентки, возрастные проблемы, связанные с состоянием мягких тканей лица, должны были решиться однократно и радикально путем проведения круговой подтяжки лица. Пациентка была надлежащим образом предупреждена о сомнительном результате такого оперативного вмешательства, в связи с неудовлетворительным состоянием мягких тканей лица в виде их обезвоживания и атрофии. По медицинским эстетическим показаниям, в соответствии с имеющимся птозом мягких тканей лица, женщине была выполнена круговая подтяжка лица, послеоперационный период без осложнений. Длительного желаемого результата оперативное вмешательство закономерно не повлекло, поскольку, несмотря на иссечение и подтяжку мягких тканей лица, структура их продолжала оставаться дряблой. Эстетическим противопоказанием в данном случае являлось изначальное состояние мягких тканей, их выраженная дряблость, некомпенсируемая атрофия. Указанному предшествовало полное отсутствие ухода за мягкими тканями лица.

При оценке данного клинического случая экспертной комиссией недостатка оказания медицинской помощи установлено не было. Медицинских противопоказаний к проведению подтяжки лица не имелось, эстетические показания имелись, однако, эстетический результат был сомнительный, о чем пациентка была предупреждена.

Заключение. Эстетические показания в пластической хирургии и других специальностях эстетической медицины не выделяются отдельно от медицинских показаний, поскольку являются частью последних. Для объективной экспертной оценки клинического случая необходимо разграничение эстетических показаний и медицинских противопоказаний. В пластической хирургии, так же, как и в других медицинских специальностях, выполнение медицинской услуги при имеющихся медицинских противопоказаниях, даже относительных, является недостатком оказания медицинской помощи. Наличие надлежащим образом оформленного информированного согласия в таких случаях не будет являться объективным фактором для недостатка оказания медицинской помощи.

Литература

1. Пронин И.А. К вопросу о юридическом сопровождении деятельности в сфере эстетической медицины // Юридический мир. 2011. N 10. С. 32 - 35.
2. Приказ Минздрава России от 31.05.2018 N 298н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия».
3. Энциклопедический словарь медицинских терминов: / Гл. ред. Б.В. Петровский. – М.: Советская энциклопедия, 1983. – Т. 2, стр 347, 381.
4. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
5. Приказ Минздрава России от 07.10.2015 N 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование».
6. Курс пластической хирургии: Руководство для врачей. В 2 т. / Под ред. К.П. Пшениснова. Ярославль; Рыбинск: изд-во ОАО «Рыбинский Дом печати», 2010. Т. II: Молочная железа. Туловище и нижняя конечность. Кисть и верхняя конечность. 2010, стр. 957-976.
7. Келехсаева М.В. Хирургическое лечение осложнений после увеличивающей маммопластики полиакриамидным гелем: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.27 / К.В. Келехсаева. – М.: ГУ РНХЦ им. акад. Б.В. Петровского РАМН, 2008 – 25 с.

АНАЛИЗ КОМИССИОННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ДАННЫМ ГБУЗ РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ «БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ» за 2016-2020 годы

В.Л. Попов^{1,2}, О.С. Лаврукова³, И.Б. Шкурина⁴

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», Санкт-Петербург

²ФГБОУ ВО «Государственный университет морского и речного флота им. Адмирала С. О. Макарова», Санкт-Петербург

³ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск

⁴ГБУЗ РК «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Петрозаводск

Аннотация: Комиссионные судебно-медицинские экспертизы по делам о ненадлежащем качестве оказанной медицинской помощи являются основополагающими доказательствами для следствия при квалификации действий (бездействий) медицинского работника в соответствии с УК РФ. В условиях значительного количества обращений граждан в правоохранительные органы с жалобами на качество медицинской помощи актуален анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз, проводимых в случаях неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, неблагоприятные исходы оказания медицинской помощи, дефект оказания медицинской помощи.

ANALYSIS OF COMMISSION FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS OF ADVERSE OUTCOMES OF MEDICAL CARE ACCORDING TO THE DATA IN THE STATE MEDICAL INSTITUTION OF THE REPUBLIC OF KARELIA «BUREAU OF FORENSIC MEDICAL EXPERTISE» FOR 2016-2020

V.L. Popov^{1,2}, O.S. Lavrukova³, I.B. Shkurina⁴

¹First St. Petersburg State Medical University named after Acad. I.P. Pavlova, St. Petersburg

²Admiral Makarov state University of sea and river fleet, St. Petersburg

³Petrozavodsk State University, Petrozavodsk

⁴Bureau of Forensic Medical Examination of the Republic of Karelia, Petrozavodsk

Summary: Commission forensic medical examinations in cases of inadequate quality of medical care provided are fundamental evidence for the investigation when qualifying actions (inaction) of a medical worker in accordance with the Criminal Code of the Russian Federation. In the context of a significant number of citizens' appeals to law enforcement agencies with complaints about the quality of medical care, the analysis of commission forensic medical examinations carried out in cases of unfavorable outcomes of medical care is relevant.

Keywords: forensic medical examination, medical malpractice, defect of medical care.

В последнее десятилетие наблюдается стойкая тенденция к росту обращений граждан в правоохранительные органы с жалобами на качество

оказания медицинской помощи [1–3]. В основе судебно-медицинской экспертизы случаев ненадлежащих исходов оказания скорой медицинской помощи лежит то, что квалифицированная медицинская помощь пациентам, вызывающим скорую медицинскую помощь, является важным медицинским мероприятием, направленным не только на сохранение жизни и здоровья, но и на предотвращение летального исхода в критической ситуации [4].

В отделе комплексных экспертиз ГБУЗ Республики Карелия «Бюро судебно-медицинской экспертизы» в 2016 году всего выполнено 218 экспертиз, из них по случаям неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи – 31 (14%).

В 2017 году всего выполнено 209 экспертиз, из них по случаям неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи – 31 (15%).

В 2018 году выполнено 223 экспертизы, из них по случаям неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи – 27 (12,1%).

В 2019 году выполнено 209 экспертиз, из них по случаям неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи – 36 (17,2%).

В 2020 году выполнено 191 экспертиза, из них по случаям неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи – 39 (20,4%).

Распределение проведенных экспертиз по медицинским специальностям приведено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение анализируемых заключений по медицинским специальностям

Специальности	2016	2017	2018	2019	2020	Всего
Хирургия	4	7	5	5	8	29
Нейрохирургия	2	4	0	0	1	7
Терапия	1	4	0	0	1	6
Неврология	1	0	2	3	3	9
Кардиология	7	1	5	6	8	27
Акушерство и гинекология	2	5	5	10	2	24
Пульмонология	3	0	1	0	3	7
Онкология, паллиативная помощь	1	4	1	2	2	10
Токсикология	1	0	1	0	1	3
Педиатрия, неонатология, детская	2	3	0	0	0	5

Специальности	2016	2017	2018	2019	2020	Всего
хирургия						
Скорая неотложная помощь, анестезиология, реаниматология	1	0	0	1	1	3
Урология	1	0	2	1	1	5
Травматология	2	0	3	6	5	16
Стоматология	1	1	1	0	1	4
Гепатология	1	0	0	0	0	1
Оториноларингология	1	0	0	0	0	1
Фармакология	0	1	0	0	0	1
Инфекционные болезни	0	1	0	0	0	1
Фтизиатрия	0	0	1	1	0	2
Гематология	0	0	0	1	0	1
Гастроэнтерология	0	0	0	0	1	1
Косметология	0	0	0	0	1	1

Из общего количества экспертиз, выполненных в случаях жалоб на ненадлежащее качество оказания медицинской помощи, в 42 случаях дефекты оказания медицинской помощи установлены не были, в 14 случаях – установленные дефекты оказания медицинской помощи подлежали квалификации по тяжести вреда здоровью и находились в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти. В остальных случаях (108) установленные дефекты оказания медицинской помощи не подлежали квалификации по тяжести вреда, причиненного здоровью.

Количество судебно-медицинских экспертиз с привлечением одного внештатного эксперта – 49, с привлечением двух внештатных экспертов – 79, с привлечением трех внештатных экспертов – 25, с привлечением четырех внештатных экспертов – 6, с привлечением пяти внештатных экспертов – 3, с привлечением шести внештатных экспертов – 2.

Дефекты оказания медицинской помощи классифицированы:

1. По этапам медицинской помощи: дефекты догоспитального этапа – 49 случаев, дефекты госпитального этапа – 54, дефекты догоспитального и госпитального этапов – 19.

2. По сути случая (что конкретно выявлено): дефекты только диагностических мероприятий (не повлекшие дефектов лечения и тактики

оказания медицинской помощи) выявлены при проведении 12 экспертиз, дефекты лечения и тактики ведения больного при полном объеме проведенных диагностических мероприятий – в 18 случаях, дефекты диагностики, лечения и тактики ведения больного – в 74. Кроме того, в 18 случаях имели место дефекты оформления медицинской документации и организации медицинской помощи.

Причины допущенных дефектов оказания медицинской помощи:

1. Недостатки организации лечебно-диагностического процесса – 96 случаев.
2. Отсутствие необходимого технического оснащения, средств диагностики, объективные трудности диагностики и прочие (использование неисправного медицинского оборудования) – 26.

Заключение. Проведенный анализ позволяет сделать выводы, что количество экспертиз, выполненных по случаям неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи, остается значительным и ежегодно составляет 15-20% объема работы отдела комплексных экспертиз учреждения.

Количество привлекаемых к проведению экспертиз внештатных специалистов варьировало от одного до шести.

Дефекты оказания медицинской помощи классифицированы по этапам медицинской помощи и по сути случая (что конкретно выявлено). Установлены причины допущенных дефектов оказания медицинской помощи.

Литература

1. Спиридонов В.А. Судебные медицинские экспертизы по уголовным делам в отношении медицинского персонала: история и современность / под ред. Н.Г. Муратовой. Казань: Астор и Я, 2020. 126 с.
2. Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2017 году: ежегодный доклад / под ред. Клевно В.А. М.: Ассоциация СМЭ, 2018.
3. Спиридонов В.А. Соколова С.Л. Комиссионная судебно-медицинская экспертиза неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи: вопросы без ответа. Вехи

истории Российского центра судебно-медицинской экспертизы. К 90-летию со дня образования. 2021;2:266-273.

4. Баринов Е.Х., Воеводина С.В. Анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам гражданских и уголовных дел в связи с возникновением ненадлежащих исходов оказания скорой медицинской помощи. Вехи истории Российского центра судебно-медицинской экспертизы. К 90-летию со дня образования. 2021;2:226-231.

НАЗНАЧЕНИЕ И ВЫПОЛНЕНИЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО МАТЕРИАЛАМ «ВРАЧЕБНЫХ ДЕЛ» - ОСНОВНЫЕ СЛОЖНОСТИ

д.м.н. Т.Г. Попова¹, к.м.н. М.И. Сойхер², Е.Р. Командина³,
к.м.н. Л.А.Шмаров³

¹Общество с ограниченной ответственностью «Институт Биотехнологий и междисциплинарной стоматологии», Москва

²Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московская областная стоматологическая поликлиника»

³Российский центр судебно-медицинской экспертизы Минздрава России, Москва

Аннотация: В настоящее время многими авторами отмечена тенденция к увеличению количества поступления материалов «врачебных дел», в том числе по искам к медицинским организациям, оказывающим стоматологическую помощь. Соответственно, увеличивается количество судебно-медицинских экспертиз, выполняемых по этим делам. В статье представлен анализ выполняемых судебно-медицинских экспертиз, определены основные проблемы, с которыми сталкивается комиссия экспертов, в том числе, связанные с отсутствием алгоритмов оценки стоматологической медицинской помощи. Анализом судебно-медицинских экспертиз, а также действующего законодательства, намечены пути решения данной проблемы, которая имеет практическое значение, как для судебно-медицинских экспертов, так и стоматологов.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, стоматология, законодательство, медицинская организация, алгоритм оценки медицинской помощи

APPOINTMENT AND EXECUTION OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS BASED ON THE MATERIALS OF «MEDICAL CASES» - THE MAIN DIFFICULTIES

T.G. Popova¹, M.I. Soykher², E.R. Komandina³, L.A. Shmarov³

¹Limited Liability Company «Institute of Biotechnology and Interdisciplinary Dentistry», Moscow

²State Budgetary Health Institution of the Moscow Region «Moscow Regional Dental Clinic»

³Federal Center of Forensic Medical Expertise of Ministry of Health of Russian Federation, Moscow

Summary: Currently, many authors have noted a trend towards an increase in the number of receipt of materials of «medical cases», including claims against medical organizations providing dental care. Accordingly, the number of forensic medical examinations carried out in these cases is increasing. The article presents an analysis of the performed forensic medical examinations, identifies the main problems faced by the commission of experts, including those related to the lack of algorithms for evaluating dental medical care. The analysis of forensic medical examinations, as well as the current legislation, outlines ways to solve this problem, which is of practical importance for both forensic medical experts and dentists.

Keywords: forensic medical examination, dentistry, legislation, medical organization, algorithm for evaluating medical care.

В последние годы в Российской Федерации отмечается значительное увеличение количества комиссионных и комплексных судебно-медицинских экспертиз по материалам гражданских дел в связи с оказанием стоматологической медицинской помощи, что указывает на актуальность выбранной для статьи темы [1, 2].

Современное состояние развития стоматологии характеризуется ростом развития цифровых технологий, узкой профилизации стоматологического знания (гнатология, имплантология, цифровая стоматология), а также использование междисциплинарных подходов к лечению пациентов совместно с отоларингологами, неврологами, аллергологами и т.д.

К судебному-медицинскому этапу оценки надлежащего и/или ненадлежащего оказания медицинской помощи относится комиссионная судебно-медицинская экспертиза (применительно к гражданскому судопроизводству).

Проводимые исследования однозначно показывают, что результаты выполнения судебно-медицинских экспертиз имеют сильную корреляционную связь с результатами рассмотрения гражданского дела по иску гражданина к медицинской организации о компенсации вреда, морального или материального, что однозначно указывает на необходимость заключению эксперта быть максимально объективным [3].

Сказанное определило цель настоящей статьи, а именно, оценка выполненных комиссионных судебно-медицинских экспертиз для выявления и устранения их недостатков.

Материалами послужили материалы гражданских дел, а также выполненные по ним комиссионные судебно-медицинские экспертизы, методами – аналитический и статистический.

Оценивая перспективы судебной медицины в решении вопросов, возникающих в практике гражданского судопроизводства, необходимо отметить, что в настоящее время, в связи с развитием рыночных отношений, количество точек приложения судебной медицины значительно возросло и требует использовать принципиально новые возможности для успешного решения самых сложных вопросов при экспертизе неблагоприятных последствий оказания медицинской помощи в стоматологии.

Анализ проведенных комиссионных судебно-медицинских экспертиз по поводу неблагоприятных исходов медицинской помощи свидетельствует, что по результатам указанных экспертиз удастся выяснить причины их возникновения и разработать комплекс мер по предупреждению этих последствий, что указывает на важность заключений экспертов не только для принятия справедливого решения по делу, но и для недопущения в дальнейшем выявленных недостатков, их предупреждения.

Анализ 62 заключений комиссионных судебно-медицинских экспертиз, проведенных в ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России (далее – РЦСМЭ) по гражданским искам пациентов на некачественное оказание стоматологической помощи, свидетельствует, что в работе некоторых региональных экспертных комиссий и независимых правовых коммерческих организаций наблюдаются как организационные, так и методические ошибки, неточности в установлении основного диагноза, оценки полноценности клинико-инструментальных методов исследований, комплекса проводимого лечения и реабилитации, обусловленные отсутствием необходимых консультантов, имеющих компетенцию в узких областях стоматологической помощи (ортодонтия, гнатология, имплантология).

Нередко в выводах заключений комиссионных судебно-медицинских экспертиз содержатся необоснованные утверждения, не вытекающие из обстоятельств дела и данных клинических исследований.

В связи с изложенным, по нашему мнению, заключение судебно-медицинской экспертизы должно основываться на единых подходах и алгоритмах оценки надлежащего и/или ненадлежащего оказания медицинской помощи, о необходимости разработки которых свидетельствует экспертная статистика по гражданским искам к учреждениям здравоохранения и медицинским работникам.

На наш взгляд, несмотря на значительное увеличение количества комиссионных судебно-медицинских экспертиз по гражданским искам пациентов на некачественное оказание стоматологических услуг, каких-либо заметных перестроек в деятельности судебно-медицинских учреждений не произошло. Более того, ввиду затруднения или полного отсутствия у судебных медиков возможности приглашения специалистов-экспертов по различным разделам стоматологии для участия в работе экспертных комиссий, в ряде регионов страны производство комиссионных судебно-медицинских экспертиз по определению недостатков оказания медицинской помощи и неблагоприятных исходов оказания стоматологических услуг суды поручают или региональным стоматологическим ассоциациям, или так называемым «независимым экспертам», «правовым медицинским центрам» и т.п.

В Российской Федерации по различным медицинским специальностям уже разработаны или разрабатываются стандарты (клинические протоколы) оказания медицинской помощи по различным нозологическим формам заболевания. В частности, Стоматологической ассоциацией России (СтАР) уже утвержден ряд клинических протоколов оказания стоматологической помощи (услуги). К сожалению, работы по созданию алгоритмов оценки неблагоприятных последствий при оказании стоматологических услуг в судебной медицине практически не ведутся. По этой причине ряд

заклучений комиссионных судебно-медицинских экспертиз вызывают недоумение не только у специалистов-стоматологов, но и у пациентов и их адвокатов. В связи с этим повторные экспертизы по указанной специальности не являются редкостью. Так, из 62 комиссионных судебно-медицинских экспертиз, выполненных в РЦСМЭ по материалам гражданских дел по искам к медицинским организациям, оказывающим стоматологическую медицинскую помощь, 14 были повторными (5 из суда первой инстанции, 9 из суда апелляционной инстанции), то есть, 22,6% от общего числа заключений экспертов.

Создание четкого алгоритма производства комиссионных судебно-медицинских экспертиз по поводу неблагоприятных последствий при оказании стоматологических услуг и разработка научно обоснованных критериев (алгоритмов) их оценки являются актуальной задачей судебно-медицинской науки и экспертной практики.

В судебно-медицинской и юридической литературе все чаще появляются научные статьи, в которых авторы предлагают для экспертной оценки исходов оказания медицинской помощи пользоваться исключительно клиническими протоколами, разработанными для различных медицинских специальностей [4, 5]. Однако такие протоколы в настоящее время разработаны не по всем нозологическим формам, что существенно затрудняет судебно-медицинский анализ и заставляет использовать при формулировании выводов положения из национальных руководств по всем разделам стоматологии, учебных пособий и данных научной литературы.

Совершенствование нормативно-правой базы в последние годы, в связи с утвержденным Постановлением Правительства РФ от 17 ноября 2021 г. № 1968 «Об утверждении Правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6 – 9 и 11 статьи 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» заставляет совершенствовать и

вырабатывает единые подходы при анализе конфликтных ситуаций, в том числе в стоматологической практике [6].

Учитывая тот факт, что медицинская помощь – это комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг, она должна быть доступной, своевременной, качественной, безопасной, гуманной, что закреплено в действующем законодательстве [7].

Одним из важных этапов оценки надлежашего и/или ненадлежащего оказания медицинской помощи является анализ медицинской документации, так как медицинская документация является главным звеном расследования любой конфликтной ситуации между медиками и пациентами. Именно от своевременности и корректности заполнения документации зависит соблюдение принципов легитимности оказываемой медицинской помощи, преемственности ведения пациентов и междисциплинарного подхода к планированию лечения.

Термин «медицинские документы» расшифровывается как специальные формы документации, ведущиеся медицинским персоналом, в которых регламентируются действия, связанные с оказанием медицинских услуг.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» в медицинской документации рекомендуется наличие следующего перечня документов, оформляемых пациенту на стоматологическом приеме:

1. Медицинская карта.
2. Согласие на обработку персональных данных.
3. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012г. №1177н.
4. Анкета здоровья пациента.

5. Анкета эпидемиологического анамнеза (COVID-19).
6. Информация о возможности получения услуги в рамках программы государственных гарантий.
7. Договор на оказание платных медицинских услуг.
8. План лечения.
9. Информированное добровольное согласие пациента на различные виды медицинских вмешательств.
10. Отказ пациента от медицинского вмешательства.
11. Памятка о товарах, работах, услугах.
12. Акт об оказанных услугах [8].

В современных условиях медицинская карта может быть оформлена следующим образом:

- на бумажном носителе;
- на электронном носителе (с электронно-цифровой подписью врача и пациента);
- на бумажном и электронном носителе.

В случае возникновения претензии к медицинской организации от её пациента, служебное расследование может быть организовано в рамках как мероприятий внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, так и досудебной и судебной экспертизы.

Именно поэтому, при первичном обращении пациента за консультацией в медицинскую организацию необходимо в обязательном порядке оформить медицинскую карту в полном объёме.

Не менее важным критерием оценки надлежащего и/или ненадлежащего оказания медицинской помощи при выполнении комиссионной судебно-медицинской экспертизы является освидетельствование пациентов, не исключая возможности применения современных диагностических методов при условии согласования с организацией, назначившей судебно-медицинскую экспертизу в случаях недостаточности доказательных источников (например, КТ диагностика в

конфликтных ситуациях, связанных с имплантологическим лечением или МРТ диагностика в гнатологических случаях).

Таким образом, проведенный анализ позволяет утверждать, что для улучшения объективности, доказательности, не противоречивости заключений комиссионных судебно-медицинских экспертиз необходимо применить вышеуказанные критерии оценки надлежащего и/или ненадлежащего оказания медицинской помощи в стоматологии с привлечением и тщательным отбором специалистов-экспертов со знанием правовых основ медицинской деятельности и судебной стоматологии.

Литература

1. Гусаров А.А., Попова Т.Г., Фетисов В.А., Кураева Е.Ю., Шония Е.А. Клинико-экспертная оценка неблагоприятных последствий оказания стоматологической имплантологической помощи. Судебно-медицинская экспертиза. 2017;60(3):34–38.

2. Андреева С.Н., Гусаров А.А., Фетисов В.А. Анализ судебной практики по гражданским делам, связанным с дефектами оказания стоматологической помощи населению Российской Федерации за период с 1993 по 2017 г. Судебно-медицинская экспертиза. 2018;61(3):44–48.

3. Шмаров Л.А. Соотнесение результатов выполнения судебно-медицинских экспертиз с решениями судов по искам к медицинским организациям. Судебно-медицинская экспертиза. 2020;63(3):8–12.

4. Бутова В.Г., Гветадзе Р.Ш., Бычков В.И. Критерии качества стоматологической помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях. Российский стоматологический журнал. 2016; 20 (6): 327-331.

5. Гветадзе Р.Ш., Андреева С.Н., Бутова В.Г., Чегерова Т.И. Разработка экспертной оценки качества стоматологической помощи. Стоматология.2021;100(1):73-78.

6. Постановление Правительства РФ от 17.11.2021 № 1968 «Об утверждении Правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6 - 9 и 11 статьи 37 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

7. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 02.07.2021) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2022).

8. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2017 N 46740).

ПРОБЛЕМЫ КОМИССИОННЫХ И КОМПЛЕКСНЫХ ЭКСПЕРТИЗ В ГРАЖДАНСКОМ СУДОПРОИЗВОДСТВЕ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ ЧАСТНЫМИ ЭКСПЕРТАМИ И ЧАСТНЫМИ СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

д.ю.н., профессор Е.Р. Россинская

Московский государственный юридический университет им. О.Е. Кутафина (МГЮА), Москва

Аннотация: В статье рассмотрены проблемы, связанные с массовым производством судебных экспертиз частными судебными экспертами и частными судебно-экспертными организациями в гражданском судопроизводстве. Это обусловлено востребованностью судебных экспертиз и невозможностью их производства исключительно государственными судебными экспертами и учреждениями. Отмечается, что правоприменитель нередко не видит различий между частной судебно-экспертной организацией и любой коммерческой фирмой, которая путем недобросовестной рекламы позиционирует себя в этом качестве, не имея на то никаких оснований. Это объясняется, в первую очередь, отсутствием системы нормативного регулирования частной судебно-экспертной деятельности, что особенно сильно сказывается на производстве комиссионных и комплексных судебных экспертиз. Автор указывает на противоречия в законодательстве между гражданским процессуальным кодексом Российской Федерации и федеральным законом «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ». Они связаны с одной стороны с назначением комиссионной экспертизы только судом, а с другой, обязанностями руководителя судебно-экспертного учреждения назначить эксперта или комиссию экспертов. В результате даже качественно выполненные экспертизы могут быть признаны ничтожными доказательствами. Руководители частных судебно-экспертных организаций в нормативных актах вообще не упоминаются. С позиций судебной экспертологии рассмотрены дефициты «комплекс экспертизы», «комплексное исследование в рамках одной экспертизы», «комплексная экспертиза» и негативное воздействие их игнорирования в государственной и частной судебно-экспертной деятельности, которое приводит к нелегитимным выводам. Приведены типичные процессуальные,gnoseологические (логические и фактические) и деятельностные ошибки, содержащиеся в заключениях частных экспертов и частных судебно-экспертных организаций.

Ключевые слова: комиссионная судебная экспертиза, комплексная судебная экспертиза, судебная экспертология, частный судебный эксперт, частная судебно-экспертная организация, нормативное регулирование, экспертные ошибки, комплекс экспертиз, комплексное исследование.

PROBLEMS OF COMMISSION AND COMPLEX EXPERTISE IN CIVIL LEGAL PROCEEDINGS CARRIED OUT BY PRIVATE EXPERTS AND PRIVATE FORENSIC EXPERT ORGANIZATIONS

E.R. Rossinskaya

Kutafin Moscow State Law University (MSAL), Moscow

Summary: The article deals with the problems associated with the mass production of forensic examinations by private forensic experts and private forensic organizations in civil proceedings. This is due to the demand for forensic examinations and the impossibility of their

production exclusively by state forensic experts and institutions. It is noted that the law enforcer often does not see the difference between a private forensic organization and any commercial firm that, through unfair advertising, positions itself in this capacity, without any reason. This is primarily due to the lack of a system of law regulation the private forensic activities, which has a particularly strong effect on the production of commission and complex forensic examinations. The author points to the contradictions in the legislation between the civil procedure code of the Russian Federation and the federal law «On state forensic activities in the Russian Federation». They are connected, on the one hand, with the appointment of a commission examination only by the court, and, on the other hand, with the duties of the forensic institution head to appoint an expert or experts' commission. As a result, even high-quality examinations can be recognized as insignificant evidence. The heads of private forensic organizations are not mentioned at all in the regulations. From the standpoint of forensic expertology, the definitions of «complex examinations», «complex research within the framework of one examination», «complex examination» and the negative impact of ignoring them in public and private forensic activities, which leads to illegitimate conclusions, are considered. Typical procedural, epistemological (logical and factual) and activity errors contained in the conclusions of private experts and private forensic organizations are given.

Keywords: *commission forensic examination, complex forensic examination, forensic expertology, private forensic expert, private forensic organization, legal regulation, expert errors, complex of examinations, complex research.*

Современное уголовное, гражданское и административное судопроизводство в Российской Федерации невозможно без использования специальных знаний в процессуальной форме, путем производства судебных экспертиз. В постсоветский период в связи с развитием процессуального законодательства, процессами «технизации» преступной деятельности, существенным расширением возможностей судебных экспертиз на новом этапе научно-технического прогресса число судебных экспертиз постоянно возрастает в геометрической прогрессии. Как следствие с начала 90-х годов в России начали стихийно создаваться частные судебно-экспертные организации (СЭО), в которых основная масса судебных экспертиз производится по гражданским делам. С точки зрения процессуального законодательства назначение судебных экспертиз в эти организации вполне допустимо, поскольку ни в одном процессуальном кодексе России не декларируется, что экспертиза может выполняться только в государственных СЭУ. В действующем Федеральном законе №73-ФЗ от 31 мая 2001 г. «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (далее ФЗ ГСЭД) речь идет исключительно о частных экспертах, а о существовании частных СЭО не упоминается.

Коммерческие и некоммерческие организации повсеместно и агрессивно рекламируют себя в качестве именно судебно-экспертных, понимая эту дефиницию максимально расширительно. К сожалению, в настоящее время правоприменители не видят никакой разницы между частной СЭО и любой организацией, которая, не имея на то никаких оснований, позиционирует себя как экспертная, что приводит к грубым процессуальным, гносеологическим и деятельностным экспертным ошибкам.

Правовые лакуны в нормативном регулировании частной судебно-экспертной деятельности особенно болезненно сказываются на производстве сложных комиссионных и комплексных экспертиз, достоверности и обоснованности экспертных выводов и их доказательственном значении. Причем существующие проблемы касаются, во-первых, общего характера противоречий в правовой регламентации назначения и производства этих экспертиз, а во-вторых, отсутствия правовой регламентации именно для частной судебно-экспертной деятельности.

Как известно, по численности исполнителей судебные экспертизы подразделяются на единоличные и комиссионные. Единоличную экспертизу проводит один эксперт, комиссионную – комиссия, состоящая из двух или более экспертов, специализирующихся в одном или различных родах или видах экспертизы.

Законодатель не определяет, когда именно должна назначаться комиссионная экспертиза. Хотя указания на возможность поручения производства судебной экспертизы комиссии экспертов содержатся в ФЗ ГСЭД и соответствующих кодексах, но при ее назначении может возникнуть правовое противоречие. Ст. 83 ГПК РФ декларирует, что комиссионная экспертиза *назначается судом*. В то же время, согласно ст. 14 ФЗ ГСЭД руководитель государственного экспертного учреждения как раз и решает этот вопрос, поскольку ему вменено в обязанность поручить производство экспертизы конкретному эксперту или комиссии экспертов. В свою очередь эксперт, которому поручено производство экспертизы, имеет право

ходатайствовать перед руководителем судебно-экспертного учреждения о привлечении к производству судебной экспертизы других экспертов, т.е. фактически о производстве комиссионной экспертизы (ст. 17 ФЗ ГСЭД). Если экспертиза выполняется вне экспертного учреждения, эксперт также имеет право заявить аналогичное ходатайство лицу или органу, назначившим экспертизу (ч. 3 ст. 85 ГПК).

Анализ экспертной практики показывает, что необходимость производства комиссионной экспертизы (например, большое количество однородных объектов исследования, что неизбежно влияет на сроки производства экспертизы, или необходимость использования целого ряда инструментальных методов) или комплексной экспертизы (решение сложной обратной диагностической экспертной задачи), может выявиться только в ходе ее производства. Тогда эта экспертиза согласно ст. 83 ГПК, не будучи назначена судом как комиссионная, по формальным основаниям зачастую признается недопустимым доказательством независимо от ее качества.

Ответственность за организацию комиссионной судебной экспертизы возлагается на руководителя судебно-экспертного учреждения. Если в комиссию экспертов входят государственные эксперты – сотрудники нескольких государственных экспертных учреждений, организацию комиссионной экспертизы осуществляют руководители этих учреждений. В том случае, когда хотя бы один из экспертов комиссии является сотрудником государственного экспертного учреждения, по смыслу ФЗ ГСЭД организация производства комиссионной экспертизы является обязанностью руководителя государственного экспертного учреждения, поскольку только от него государственный судебный эксперт может получить экспертное задание. Представляется, что это вряд ли целесообразно и к тому же противоречит процессуальному законодательству, о чем уже упоминалось выше. Большая часть экспертов, которых необходимо привлечь в комиссию, может оказаться сотрудниками частной СЭО. Там же может быть сосредоточено основное оборудование. В этом случае было бы логично

возложить обязанность по организации комиссионной экспертизы на руководителя частной СЭО.

Таким образом, в гражданском процессе налицо явное противоречие. С одной стороны, вопрос о комиссионном характере судебной экспертизы определяется органом или лицом, ее назначившим, а с другой – если производство такой экспертизы поручено частной экспертной организации, субъект, назначающий экспертизу, не может привлечь к участию в комиссии конкретного эксперта – сотрудника государственного экспертного учреждения. Если следовать букве закона, необходимо вынесение двух определений по назначению одной и той же комиссионной экспертизы: одного в адрес частного СЭО, а другого в адрес государственного. Ни в одном кодексе не предусмотрен подобный порядок. Кроме того, руководитель государственного судебно-экспертного учреждения может воспользоваться своим правом назначать экспертов и создать комиссию совсем из других лиц. Что же касается частных СЭО, то права и обязанности руководителя вообще не определены. Ст. 14 и 15 ФЗ ГСЭД регулируют только деятельность руководителей государственных экспертных организаций. Поэтому при производстве комиссионных экспертиз в частных СЭО возникает много правовых, организационных и методических проблем, приводящих к экспертным ошибкам. К тому же в силу неурегулированности статуса руководителей частных СЭО ими зачастую являются некомпетентные лица – эффективные менеджеры, успешно продвигающие свою организацию на рынке оказания не экспертно-юридической помощи, а экспертных услуг! Нередки случаи, когда производство экспертизы любого рода подобный руководитель поручает эксперту, даже имеющему высшее образование по специальности «судебная экспертиза» или дополнительное экспертное образование, не имея понятия, что существуют экспертные специализации, указанные в приложении к диплому. Один и тот же эксперт в этих учреждениях позиционируется как специалист в целом ряде родов судебных экспертиз, не имея на то никаких оснований.

Спецификой комиссионных экспертиз является совместная работа во временном коллективе в течение определенного срока. Поэтому руководитель экспертного учреждения при формировании комиссии экспертов руководствуется не только соображениями о профессионализме экспертов, их опыте и компетентности в решении поставленных вопросов, но учитывает и психологическую совместимость экспертов, возможность их совместной работы. Для успешного решения поставленных задач комиссия экспертов, как и любая иная рабочая группа, должна согласованно подойти к цели исследования, объему и последовательности предстоящих изысканий. Хотя каждый из членов комиссии, которой поручено производство судебной экспертизы, независим, существует необходимость координации интеллектуальной деятельности всех членов комиссии экспертов и принятия коллективного решения. Судебные эксперты – члены комиссии самостоятельно проводят исследования, оценивают результаты и принимают решения, но для формулирования единого мнения (если в результате производства экспертизы члены комиссии придут к общему выводу) необходимо согласовывать эти самостоятельные решения экспертов друг с другом и вырабатывать коллегиальное мнение комиссии [1].

В группе эксперты работают в условиях формального равенства. Однако, как справедливо отмечал Ю.Г. Корухов, нельзя игнорировать трудности групповой деятельности экспертов [2]. В ряде случаев у некоторых членов комиссии может возникнуть необходимость принимать решения в условиях преодоления эмоционального напряжения, связанного с расхождением в оценке выявленных признаков членами комиссии. Возможна также боязнь менее опытных или менее уверенных в себе экспертов обнаружить недостаток знаний и умений. Эти и другие обстоятельства требуют организации работы в условиях сплоченности коллектива, обуславливающей сочетание индивидуальных и совместных действий членов комиссии экспертов. При производстве комиссионных экспертиз в равной степени недопустимы как конформизм, беспринципность или легкая

внушаемость членов комиссии, так и излишняя самоуверенность, авторитарность, навязывание собственного мнения. Далеко не во всех частных СЭО это возможно хотя бы в силу того, что там может не оказаться штатных экспертов или хотя бы экспертов, постоянно привлекаемых к производству судебных экспертиз на договорной основе.

Для успешной работы комиссии один из экспертов может играть роль эксперта-организатора. Эксперт-организатор назначается в целях составления плана исследования, координации деятельности экспертов, определения последовательности изучения объектов экспертизы. В литературе он иногда именуется ведущим экспертом [3], но этот термин представляется нам неточным, поскольку ни при каких условиях процессуальные функции организатора экспертного исследования не могут отличаться от функций каждого из членов экспертной группы. Любое неравноправие экспертов, наделение одного из них обязанностью (и правом) производить окончательную оценку результатов исследований, проведенных другими экспертами, разрушает гарантии объективности и достоверности экспертизы, обезличивает процесс формирования экспертных выводов.

Законодатель не указывает, кто конкретно назначает эксперта-организатора. По нашему мнению, если судебная экспертиза производится в экспертном учреждении, он должен назначаться руководителем этого учреждения. Поскольку ФЗ ГСЭД предусматривает назначение экспертов руководителем государственного судебно-экспертного учреждения, возлагая на последнего вопросы организации судебной экспертизы, то представляется логичным, чтобы он назначал и эксперта-организатора. К тому же руководитель государственного экспертного учреждения имеет представление об организационных способностях своих подчиненных, их психологической совместимости, опыте, авторитете и личных качествах. С учетом этих данных он и возлагает функцию эксперта-организатора на одного из экспертов. Такое указание, как представляется, должно быть дано в письменной форме. В случае выполнения судебной экспертизы экспертами

нескольких экспертных учреждений эксперта-организатора должен назначать руководитель того экспертного учреждения, куда субъект, назначивший экспертизу, направил материалы экспертизы. Руководители частных СЭО на практике также назначают эксперта-организатора, однако их полномочия в законодательстве не прописаны. Если комиссия состоит из частных экспертов, не работающих в частных СЭО, эксперта-организатора, по нашему мнению, должен определить суд, назначающий судебную экспертизу.

Комиссионные экспертизы назначаются в особо сложных случаях, а также при производстве повторных экспертиз. Некоторые роды экспертиз выполняются только как комиссионные. Однако далеко не всегда производство комиссионных экспертиз, особенно в частных СЭО, обосновано. В некоторых случаях комиссии экспертов поручается исследование большого количества однородных объектов, и каждый из экспертов исследует свою группу объектов. Причем исследования экспертов, включенных в комиссию, никак не связаны между собой. Например, на экспертизу в частную СЭО представлено 1600 монет из желтого металла, и на разрешение судебной экспертизы был поставлен вопрос: из какого металла или сплава изготовлены монеты? Судебная экспертиза была поручена четырем экспертам-металловедам, которые, разделив поровну монеты и промаркировав их, произвели каждый свое исследование и составили общее заключение. Эта экспертиза, будучи оформлена как комиссионная, на самом деле по своей сути таковой не является, поскольку отсутствует коллегиальность в решении вопросов.

При производстве комиссионной судебной экспертизы экспертами разных специальностей – комплексной экспертизы (ст. 82 ГПК, ст. 23 ФЗ ГСЭД) каждый из них проводит исследования в пределах своих специальных знаний, подписывает ту часть заключения, которая содержит описание проведенных им исследований, и несет за нее ответственность. Общий вывод

делают эксперты, компетентные в оценке полученных результатов и формулировании данного вывода.

В судебной экспертологии комплексный подход реализуется через дефиниции: «комплекс экспертиз», «комплексное исследование в рамках одной экспертизы», «комплексная экспертиза» [1]. Эти понятия гносеологически однозначны и указывают на комплексный подход к предмету исследования:

- комплекс различных судебных экспертиз, как в отношении одного и того же объекта, так и группы объектов, судебные экспертизы выполняются самостоятельно, каждая оформляется отдельным заключением;
- комплексное исследование в рамках одного рода или вида экспертизы одних и тех же вещественных доказательств с использованием различных методов (может выполняться комиссией экспертов);
- комплексная экспертиза, при производстве которой решение вопроса невозможно без одновременного совместного участия экспертов различных родов (видов) судебных экспертиз в написании заключения (или его синтезирующей части) и формулирования общего вывода.

Поскольку суд при назначении моноэкспертизы (экспертизы одного рода или вида) по гражданскому делу, как правило, не представляет себе методики экспертного исследования, а при ее производстве могут использоваться различные приборные комплексы, за каждым из которых закреплен определенный специалист (например, в экспертизе лакокрасочных покрытий рентгеноспектральный анализ, хроматография, молекулярная спектроскопия) на практике фактически производится комиссияная экспертиза, поскольку все эксперты имеют одну экспертную специальность. Как известно классификация судебных экспертиз в экспертологии с 70-х годов прошлого века осуществляется не по методам экспертного исследования, а по видам объектов в совокупности с решаемыми задачами [4].

При производстве комплексной экспертизы выводы, сделанные экспертом самостоятельно, без участия специалистов иных областей знания, подписываются им единолично. Выводы по общим вопросам, которых, как правило, в комплексной экспертизе немного, подписываются всеми участвовавшими в экспертизе экспертами. При этом предполагается, что каждый эксперт обладает не только узкой специализацией, но и знаниями в пограничных областях наук, которые использованы при даче заключения. Гносеологическая сущность комплексной экспертизы заключается в комплексном анализе диагностических и идентификационных признаков.

В заключении перечислим наиболее распространенные ошибки [5] в комиссионных или комплексных экспертизах, произведенных частными экспертами или частными СЭО.

1. *Процессуальные ошибки*: нарушение процедуры предупреждения эксперта об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения; отсутствие сведений об экспертах (об их образовании, экспертной специальности, стаже экспертной работы и пр.), отсутствие исследовательской части заключения, отсутствие в заключении описания объектов, представленных на экспертизу и технологии экспертного исследования, экспертных экспериментов и условий их проведения, отсутствие синтезирующей части в заключениях комиссионных и комплексных экспертиз, отсутствие выводов эксперта и их собственноручных подписей, подписание экспертом частей заключения, которые выполнены без его участия и другие.

2. *Логические ошибки*: исследовательская часть формулируется в вероятной форме, а выводы – в категорической; исследовательская часть заключения не служит логическим основанием для экспертных выводов; ответ на вопрос приведен только в выводах, а в исследовательской части обоснование этого ответа вообще отсутствует.

3. *Фактические ошибки*: подмена понятий: вместо комплекса экспертиз или комплексного исследования производится комплексная экспертиза;

использования для обоснования экспертного вывода экспертами разных специальностей признаков, которые не могут образовывать совокупность, но должны анализироваться отдельно для каждого вида (рода) экспертиз.

4. *Деятельностные (операционные) ошибки* (связаны с осуществляемыми экспертом операциями): нарушение предписанной последовательности операций, неправильное использование средств исследования или использование непригодных средств, например использование аппаратуры, давно не проходившей поверку, получение некачественного сравнительного материала и т. п.

Литература

1. Россинская Е.Р. Судебная экспертиза в гражданском, арбитражном, административном и уголовном процессе. – М.: Норма ИНФРА-М, 2019.
2. Корухов Ю. Г. Взаимодействие и взаимоотношение субъектов при проведении судебной экспертизы // Основы судебной экспертизы. М., 1997. Ч. 1.
3. Майлис Н.П. Теория и практика судебной экспертизы в доказывании. М., 2015.
4. Шляхов А.Р. Судебная экспертиза: организация и проведение. – М.: Юрид. лит., 1979.
5. Судебная экспертиза в цивилистических процессах. Монография /под ред. Е.Р. Россинской. – М.: Проспект, 2018

К ВОПРОСУ О НЕЗАВИСИМЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗАХ

к.ю.н. Ю.Б. Самойлова¹, к.м.н. А.Ю. Пайков²

¹Ростовский филиал Санкт-Петербургской академии Следственного комитета, Ростов-на-Дону

²ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону

Аннотация: Одним из определяющих аргументов, способствовавших выбору темы исследования, послужил тот факт, что зачастую сторона защиты (реже потерпевшие) заявляют о назначении повторной, так называемой «независимой», судебно-медицинской экспертизы по уголовным делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи.

Цель данной работы состоит в обосновании положений о проведении экспертами независимых судебно-медицинских экспертиз по уголовным делам о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи. Материалами исследования послужили нормы законодательства, регламентирующие назначение и производство судебных экспертиз, а также материалы следственной и судебной практики по рассматриваемым вопросам.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, независимая судебная экспертиза, объективное заключение, экспертное учреждение, уголовное дело.

TO THE QUESTION OF INDEPENDENT FORENSIC EXAMINATIONS

Yu. B. Samoilova¹, A. Yu. Paikov²

¹St. Petersburg Academy of the Investigative Committee of the Russian Federation; Rostov-on-Don

²Rostov State Medical University; Rostov-on-Don

Summary: One of the defining arguments that contributed to the choice of the topic of the study was the fact that often the defense (less often victims) declare the appointment of a repeated, so-called «independent», forensic medical examination in criminal cases of inadequate medical care.

The purpose of this work is to justify the provisions on independent forensic examinations by experts in criminal cases of crimes related to the inadequate provision of medical care. The materials of the study were legislative norms governing the appointment and production of forensic examinations, as well as materials of investigative and judicial practice on the issues under consideration.

Keywords: forensic medical examination, independent forensic examination, objective conclusion, expert institution, criminal case.

Рассмотрим различные ситуации, возникающие при расследовании преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, а также рассмотрении уголовных дел в суде.

В некоторых случаях специалистом в различных областях медицины, включая судебную, по запросу адвоката проводится исследование по

заключению судебно-медицинской экспертизы. Мнение специалиста может послужить основанием для проведения дополнительной или повторной судебной экспертизы [1]. Но заключением эксперта такое исследование не является, так как не отвечает требованиям УПК РФ к основаниям и процедуре получения таких заключений, что подтверждается судебной практикой [2]. В то же время специалист может быть допрошен следователем или судом, и его показания будут являться доказательством по уголовному делу.

Чем мотивируются ходатайства о назначении независимой судебно-медицинской экспертизы? Авторы проанализировали решения судов, по которым обжаловались заключения судебно-медицинских экспертиз. Ввиду незначительного количества таковых по уголовным делам, связанным с оказанием медицинской помощи, исследованию подверглись приговоры по всем преступлениям против жизни и здоровья.

Среди обоснований назначения «независимой» судебно-медицинской экспертизы или в «независимом» экспертном учреждении указываются: сомнения в объективности экспертов отдела БСМЭ, эксперты которого участвовали в двух экспертизах по данному делу [3]; необъективность и заинтересованность лиц, проводивших исследование и участвовавших в проведении экспертиз [4]; несогласие с уже имеющимся заключением экспертов [5]; наличие противоречий в заключениях экспертиз, наличие сомнений в обоснованности.

В названии некоторых негосударственных организаций, оказывающих услуги по производству судебно-медицинских экспертиз, указано на «независимую» экспертизу или «независимую» организацию [6, 7].

Если говорить о самой возможности проведения судебно-медицинских экспертиз в негосударственных судебно-экспертных учреждениях, то полагаем, что ответ на этот вопрос – однозначный. Уголовно-процессуальное законодательство предусматривает возможность проведения экспертиз вне государственного судебного экспертного учреждения. В соответствии с ч. 2

ст. 195 УПК РФ судебная экспертиза производится государственными судебными экспертами и иными экспертами из числа лиц, обладающих специальными знаниями.

Но можно ли утверждать, что только негосударственные судебно-медицинские учреждения проводят независимые судебно-медицинские экспертизы и относятся ли к таковым коммерческие организации? Ответ на этот вопрос в части, касающейся отнесения тех или иных организаций к негосударственным экспертным учреждениям, дан Е.Р. Россинской. Таковыми являются не все организации, в которых работают лица, обладающие специальными знаниями, а лишь те, для которых судебно-экспертная деятельность является основной [8]. Уточним, что к негосударственным экспертным организациям относятся некоммерческие организации, созданные в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и Федеральным законом «О некоммерческих организациях» [9].

В то же время полагаем, что и государственные экспертные учреждения могут проводить независимые экспертные исследования.

Приведём примеры признания заключения судебно-медицинской экспертизы допустимым доказательством при имевшемся ходатайстве защиты о назначении по делу дополнительной судебно-медицинской экспертизы. Восьмым кассационным судом общей юрисдикции, в частности, сказано: экспертизы назначены и проведены в соответствии с требованиями ст. 195, 200 УПК РФ, экспертами, предупрежденными об ответственности по ст. 307 УК РФ, имеющими большой стаж профессиональной деятельности. Сомневаться в компетенции, независимости и беспристрастности экспертов у судов первой и апелляционной инстанций оснований не имелось [10]. Оценивая заключения судебных медицинских экспертиз, суд признает их объективными, обоснованными и правильными, поскольку они научно мотивированы, подтверждаются данными судебно-гистологического исследования, совокупностью других доказательств по делу, эксперты предупреждены об уголовной ответственности за дачу ложного заключения.

В комиссию экспертов, проводившую дополнительную экспертизу, входят врачи, чья компетенция, с учетом образования, квалификации, наличия ученых степеней и званий, большого стажа работы не вызывает сомнения, экспертиза проведена с учетом медицинских данных, гистологических и рентгенографических исследований [11]. Судебная коллегия по уголовным делам Верховного Суда Российской Федерации отметила, эксперт была предупреждена об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения. Оснований сомневаться в выводах эксперта нет [12].

Основываясь на анализе практики Конституционного и Верховного судов Российской Федерации, отметим основные важные выводы [13–16]:

- один лишь факт работы в государственном учреждении не свидетельствует о заинтересованности эксперта в исходе дела;

- деятельность государственных судебных экспертов регламентируется федеральным законом от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», а не законами, регламентирующими деятельность ведомств. В связи с этим, сам факт подведомственности экспертного учреждения не является достаточным основанием для признания убедительными доводов о заинтересованности экспертов;

- никакое заключение эксперта не имеет заранее установленной силы, а порядок назначения, производства судебных экспертиз, правила собирания, проверки, оценки, использования в уголовном деле доказательств регламентированы УПК РФ, который содержит гарантии дачи экспертом объективного заключения (ст. 57, 70 УПК РФ) [17].

Наличие либо отсутствие зависимости конкретного лица, привлеченного в качестве эксперта при производстве по уголовному делу, от сторон или их представителей устанавливается органом или должностным лицом, ведущими производство по данному уголовному делу, на основе его фактических обстоятельств [18].

Литература

1. Апелляционное определение Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда Российской Федерации от 29.10.2019 № 50-АПУ19-7. Документ опубликован не был. Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

2. Кассационное определение Верховного Суда РФ от 18.04.2013 №51-О13-10. Документ опубликован не был. Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

3. Апелляционное определение Верховного Суда РФ от 13.08.2013 № 50-АПУ13-17. Документ опубликован не был. Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

4. Апелляционное определение Пермского краевого суда от 13.02.2020 по делу № 22-778/2020. Документ опубликован не был. Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

5. Кассационное определение Четвертого кассационного суда общей юрисдикции от 01.03.2021 № 77-432/2021. Документ опубликован не был. Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

6. Кассационное определение Шестого кассационного суда общей юрисдикции от 27.02.2020 №88А-3218/2020. Документ опубликован не был. Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

7. Определение Восьмого кассационного суда общей юрисдикции от 12.08.2020 № 77-1576/2020. Документ опубликован не был. Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

8. Судебная экспертиза: типичные ошибки / Е.И. Галяшина, В.В. Голикова, Е.Н. Дмитриев и др.; под ред. Е.Р. Россинской. М.: Проспект, 2012.

9. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 21.12.2010 № 28 «О судебной экспертизе по уголовным делам» // Бюллетень Верховного Суда РФ. №2. 2011.

10. Определение Восьмого кассационного суда общей юрисдикции от 02.06.2020 № 77-972/2020. Документ опубликован не был. Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

11. Приговор Буйского районного суда Костромской области от 12.02.2016 по делу № 1-2/2016 (1-108/2015;). Документ опубликован не был. Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

12. Апелляционное определение Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда Российской Федерации от 27.06.2019 N 53-АПУ19-11СП. Документ опубликован не был. Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

13. Апелляционное определение СК по уголовным делам от 26.08.2015 № 73-АПУ15-17СП. Документ опубликован не был. Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

14. Апелляционное определение СК по уголовным делам от 02.04.2015 №11-АПУ15-5. Документ опубликован не был. Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

15. Определение Конституционного Суда РФ от 15 сентября 2015 года №1827-О. Документ опубликован не был. Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

16. Определение Конституционного Суда РФ от 28 июня 2018 год №1411-О. Документ опубликован не был. Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

17. Самойлова Ю.Б. Некоторые процессуальные аспекты назначения судебных экспертиз //Актуальные проблемы теории и практики уголовного процесса. Сборник материалов Международной научно-практической конференции. Ростов-на-Дону. 2018. С.87-90.

18. Апелляционное определение Пермского краевого суда от 13.02.2020 по делу № 22-778/2020. Документ опубликован не был. Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

СЛУЧАЙ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ДЕФЕКТА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЯ СИАЛОАДЕНИТА

к.м.н., доцент С.Л. Семенов, д.м.н., профессор И.А. Толмачев, д.м.н., доцент А.П. Божченко

Кафедра судебной медицины и медицинского права ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург

Аннотация: Статья посвящена представлению экспертного анализа ситуации при проведении комиссионной судебно-медицинской экспертизы в случае развития осложнения воспаления слюнной железы (сиалоаденита) в виде острого стеноза гортани. Было установлено, что в данном случае имеется причинно-следственная связь между тем, что пациентке не было проведено неотложных мер по спасению ее жизни при развитии механической асфиксии вследствие острого стеноза гортани. Больной необходимо было по жизненным показаниям провести экстренную коникотомию, чего не было сделано, хотя для этого имелись все возможности. Комиссия высказала мнение, что установленный комплекс недостатков (дефектов) состоит в причинно-следственной связи со смертью пациентки от механической асфиксии. Одной из основных трудностей, с которой столкнулись эксперты при проведении экспертизы, были несоответствия в оценке состояния больной, изложенные в карте вызова скорой медицинской помощи и в истории болезни. На основе сравнительного анализа с учетом совокупности всех сведений по делу была доказана недостоверность данных, указанных в истории болезни (не соответствие генезу смерти, темпу наступления патологических изменений и пр.) и в последующем, данные истории болезни были признаны следствием недопустимыми и не использовались в последующих следственных и судебных действиях.

Ключевые слова: врачебные дела, дефект медицинской помощи, консенсус, причинно-следственная связь, сиалоаденит, судебно-медицинская экспертиза.

A CASE OF EXPERT EVALUATION OF A DEFECT IN THE PROVISION OF MEDICAL CARE IN THE DEVELOPMENT OF A COMPLICATION OF SIALOADENITIS

S.L. Semenov, I.A. Tolmachev, A.P. Bozhchenko

Department of Forensic Medicine and Medical Law of the Military Medical Academy, Forensic Medicine Department, St. Petersburg

Summary: The article is devoted to the presentation of an expert analysis of the situation during a commission forensic medical examination in the case of complications of inflammation of the salivary gland (sialoadenitis) in the form of acute laryngeal stenosis. It was found that in this case there is a causal relationship between the fact that the patient was not carried out urgent measures to save her life with the development of mechanical asphyxia due to acute laryngeal stenosis. The patient had to undergo an emergency conicotomy for vital reasons, which was not done, although there were all possibilities for this. The Commission expressed the opinion that the established set of shortcomings (defects) consists in a causal relationship with the death of the patient from mechanical asphyxia. One of the main difficulties that the experts encountered during the examination was inconsistencies in the assessment of the patient's condition, set out in the emergency call card and in the medical history. Based on a comparative analysis, taking into account the totality of all the information in the case, the unreliability of the

data indicated in the medical history was proved (not corresponding to the genesis of death, the rate of onset of pathological changes, etc.) and subsequently, the data of the medical history were recognized by the investigation as inadmissible and were not used in subsequent investigative and judicial actions and its imprint. Some planimetric hand sizes showed better results than traditional somatic ones.

Keywords: *medical cases, medical care defect, consensus, causal relationship, sialoadenitis, forensic medical examination.*

Профессионально-должностные преступления медицинских работников вызывают волну заслуженной критики в адрес всего медицинского сообщества [1, 2]. При судебном разрешении конфликтов в системе «врач – пациент» медицинские работники испытывают, как правило, более пристрастное к себе отношение, нежели представители иных профессий [1]. Такое отношение не всегда является заслуженным, с точки зрения степени общественной опасности содеянного [3]. Однако встречаются и ситуации действительно грубых нарушений правил оказания медицинской помощи, причинения опасных для жизни ятрогенных повреждений или преступного бездействия [1, 2, 4].

Целью настоящей статьи является изложение экспертной оценки конкретной ситуации при проведении комиссионной судебно-медицинской экспертизы по случаю осложнения воспаления слюнной железы (салоаденита) – острого стеноза гортани.

Хронология развития событий такова: пациентка, 50 лет, обратилась за плановой медицинской помощью в поликлинику по месту жительства в связи с наличием новообразования в левой подъязычной области. По результатам осмотра челюстно-лицевым хирургом ей был выставлен диагноз «воспаление левой слюнной железы», было рекомендовано плановое оперативное лечение. Для уточнения диагноза врач назначил рентгенографическое исследование, результаты которого подтвердили установленный при физикальном исследовании диагноз.

Через день пациентка была планово принята челюстно-лицевым хирургом для проведения оперативного лечения. Перед началом операции врач выяснил, что у больной имеется аллергическая реакция на антибиотик

«ципрофлоксацин» (важно для последующей экспертной оценки случая). При местном осмотре было установлено наличие самостоятельно вскрывшейся полости ретенционной кисты с незначительным отделяемым, наличие выраженного отёка слизистой оболочки рта. Было назначено и проведено оперативное лечение – ревизия раны с иссечением новообразования, далее были наложены швы. Больная была выписана на амбулаторное лечение в поликлинику в этот же день, с рекомендациями по антибактериальной (не вызывающей аллергическую реакцию), противовоспалительной, обезболивающей терапии и динамическому наблюдению у челюстно-лицевого хирурга в поликлинике по месту жительства.

В дальнейшем произошло резкое ухудшение состояния пациентки – к вечеру того же дня у нее развился отёк левой щеки, в области проведенного оперативного вмешательства, повышение температуры тела до 38°C. Пациентка позвонила в службу Скорой медицинской помощи (далее – СМП). Диспетчер СМП интерпретировал ее жалобы как развитие аллергической реакции на антибактериальный препарат, который был использован после проведения оперативного вмешательства, были даны рекомендации по приему антигистаминных и жаропонижающих средств, при ухудшении состояния – вызов бригады СМП.

Пациентка приняла назначенные диспетчером лекарственные препараты, потом приняла повторно – к положительному эффекту это не привело. Приблизительно в течение 6-8 часов после этого у нее развилась практически полная невозможность открывания рта, что не позволило ей самостоятельно принимать какие-либо лекарственные средства и пить воду.

Родственники вызвали СМП на дом. При обследовании прибывшим по вызову фельдшером объективно было установлено наличие выраженного отека левой половины лица, отсутствие возможности говорить, невозможности открыть рот, температура тела 38°C, гиперсаливация, резко увеличены подчелюстные лимфатические узлы с обеих сторон.

Предварительный диагноз: «аллергическая реакция неуточненная». На месте оказания помощи внутривенно были введены дексаметазон (12 мг) и раствор натрия хлорида 0,9% (10,0 мл), а также внутримышечно хлороперамин (1,0 мл). Общее состояние было трактовано как «средней степени тяжести».

Больная была госпитализирована в районную больницу. При транспортировке (приблизительно в течение одно часа) у больной было зафиксировано некоторое улучшение состояния: снизился объем отека, появилась возможность к отрыванию рта, уменьшилась температура тела до 37,5° С. Когда больная была доставлена в больницу, она самостоятельно, в сопровождении фельдшера дошла до приемного отделения, смогла рассказать о жалобах и историю своего заболевания.

При проведении экспертного анализа ситуации очень важной была оценка действий медицинского персонала больницы, в которую была доставлена пациентка. Записи в истории болезни и в карте вызова СМП существенно различались, а именно:

- в карте вызова СМП была констатация улучшения ее самочувствия;
- в истории болезни, которая была заведена в больнице, указано, что сразу при госпитализации, при первичном осмотре состояние больной было критическим (артериальное давление около 50/20 мм рт. ст., пульс около 100 ударов в минуту и т.д.). При этом действия врачей при таком «критическом» состоянии не были направлены на спасение жизни пострадавшей:
 - в течение длительного периода времени (около 30 минут) происходило выяснение у доставившего больную фельдшера СМП обстоятельств развития тяжелого отека лица, и в итоге был выставлен диагноз «отек Квинке», впоследствии не подтвердившийся;
 - затем еще в течение около 30 минут действия персонала были направлены на предотвращение развития у пострадавшей несуществующей аллергической реакции;
 - через два часа после госпитализации пострадавшая скончалась от развития массивного отека шеи со сдавлением дыхательных путей.

При судебно-медицинском исследовании трупа были установлены следующие данные:

«В области основания головного мозга и нижних поверхностей миндалин мозжечка отмечается хорошо выраженная борозда от вклинения в большое затылочное отверстие, глубиной около 0,3 см. Мягкие мозговые оболочки влажные, гладкие, белесоватые, со сниженной прозрачностью, несколько утолщены, тусклые, напряжены, отёчные. В подпаутинном пространстве содержится повышенное количество прозрачной, бесцветной жидкости. Вещество головного мозга на серийных разрезах («книжечкой», по Вирхову) избыточной влажности, структурное, неравномерного кровенаполнения, серовато-белесоватого цвета, головного мозга при разрезах не тянется, несколько липнет к полотну секционного ножа....

Язык увеличен в размерах, отечный, с отпечатками зубов на кончике и боковых поверхностях в виде полос вдавления, без кровоизлияний. В толще мягких тканей дна рта, в проекции протока левой подъязычной слюнной железы, обнаружен плотно-эластичный участок, размерами 1,7x0,8x1,4 см, заполненный серо-зеленоватой густой, тягучей массой. Стенки протока железы на данном участке несколько утолщены. Просвет протока на отдалении от этого участка проходим. Мягкие ткани вокруг данного участка тусклые, прокрашены в красно-бурый с синюшным оттенком цвет. Желобовидные сосочки рельефные. Мышцы языка коричнево-красные. Миндалины не увеличены, эластичные, структура их не изменена, лакуны без гноя, средней глубины; ткань на разрезах пронизана небольшими рубчиками, слоистая, розовато-красноватого цвета, без гнойных пробок и кровоизлияний....

Вход в гортань свободен, слизистая оболочка глотки и на входе в гортань резко отечная, с рассеянными кровоизлияниями мелкоочагового характера. Голосовые связки утолщены, сомкнуты (на момент исследования), образуют голосовую щель, в просвете инородных предметов нет....

Под плеврой легких обнаружены множественные точечного и

мелкоочагового характера темно-красные кровоизлияния, расположенные преимущественно по задним поверхностям легких и в области междолевых щелей (пятна Тардые). Ткань легких на разрезах структурная, влажная, резко полнокровная, серо-красного цвета, без очаговых изменений, без кровоизлияний. С поверхности разрезов легких, стекает большое количество жидкой темно-красной крови; при небольшом вливании выделяется пузырьчатая и пенящаяся кровянистая жидкость....

Сердце по форме приближается к шаровидной, в сердечной сорочке лежит свободно, занимает несколько косое положение, дряблое, размерами 13x12x9. Эпикард тонкий, с белесоватыми участками утолщения неправильной округлой формы, диаметром от 0,5 см до 1,5 расположенными на передней (грудино-реберной) поверхности, с повышенным (по ходу коронарных сосудов и борозд) количеством светло-желтой жировой клетчатки, до 0,6 см, расположенной преимущественно в области острого края сердца, без кровоизлияний. В эпикарде, в проекции передней, левой боковой и задней поверхности отмечаются точечные и мелкоочаговые синюшно-красные кровоизлияния, диаметром до 0,2 см ... В просвете легочной артерии, в ее правой и левой ветвях - жидкая темно-красная кровь, без тромбов и свертков крови. Полости сердца резко расширены. В полостях сердца и крупных сосудах содержится умеренное количество темно-красной жидкой крови и неоднородные мягкие, эластичные свертки крови серо-желтого и буро-красного цвета ... Устья венечных сосудов сердца свободные. Венечные артерии несколько уплотнены, на поперечных разрезах зияют, стенки их неравномерно на всем протяжении утолщены, с наличием полулунных и кольцевидных выпячиваний в виде бляшек, желтого цвета, фиброзной плотности, суживающих просвет сосудов на некоторых участках, до 30% их диаметра...

Судебно-медицинский диагноз. Абсцедирующий сиалоаденит левой подъязычной слюнной железы, с прогрессией воспалительного процесса на окружающие мягкие ткани и мягкие ткани глотки и развитием острого

флегмонозно-гнойного ларингита, явившегося воспалительным отеком мягких тканей голосовой щели, глотки, языка. Отек и набухание головного мозга...»

Судебно-гистологическое исследование установило наличие «флегмоны гортани в области голосовых складок, очаговые кровоизлияния со слабой нейтрофильной лейкоцитарной реакцией в стенке глотки, очаговые кровоизлияния в корне языка, а также признаки смерти от асфиксии: острая эмфизема легких, острое венозное полнокровие и перивазальный отек в головном мозге, отек и рассеянные мелкоочаговые кровоизлияния в мягкой оболочке головного мозга ... Спазм, а не дилатация артериол в миокарде, отсутствие дегрануляции тучных клеток в миокарде и отсутствие спазма мелких бронхов, которые должны иметь место при анафилактическом шоке, исключают его как возможную причину смерти пациентки».

Экспертный анализ действий фельдшера СМП не установил каких-либо недостатков при оказании медицинской помощи.

При анализе действий врачей, оказывавших неотложную медицинскую помощь в стационаре, было установлено следующее:

- пациентка нуждалась в экстренной госпитализации, минуя приемный покой, в отделение реанимации и интенсивной терапии (чего сделано не было);

- в отделении реанимации и интенсивной терапии необходимо было:

1) проведение постоянного мониторинга состояния больной (не проводился, хотя требовался каждые 2–3 минуты с определением АД, ЧСС, ЧДД, уровня оксигенации), в том числе контроля за нарастанием асфиктического состояния;

2) в связи с наличием патологического состояния в области органов шеи ей была показана неотложная консультация ЛОР-специалиста для решения вопроса о причине его возникновения и тактике лечения;

3) в условиях нарастающего отека гортани необходимо было по жизненным показаниям провести экстренную коникотомию (даже

подручными средствами, ввиду экстренности ситуации) и завести интубационную (трахеостомическую) трубку ниже уровня голосовых связок для обеспечения проходимости верхних дыхательных путей и возможности проведения качественной ИВЛ – обеспечение проходимости дыхательных путей путем введения воздуховода не имело смысла, т.к. зона отека распространилась намного ниже голосовых связок, о чем свидетельствовал выраженный цианоз, без тенденции к уменьшению степени выраженности, несмотря на проведение ИВЛ.

Учитывая компенсированное состояние при оказании медицинской помощи СМП, время на постановку мочевого катетера, множественные попытки пункции подкожных вен, длительное лечение в приемном отделении, можно сделать вывод, что состояние больной на момент поступления в приемное отделение не было критическим и стало таковым только спустя примерно 1 час, при этом основное звено танатогенеза (тяжелая гипоксия на фоне асфиксии) не было устранено.

При условии своевременного и в полном объеме проведения данных манипуляций наступление смерти больной не происходит.

Комиссия высказала мнение, что установленный комплекс недостатков (дефектов) состоит в причинно-следственной связи с развитием у пациентки асфиксии. Развитие неблагоприятного последствия (асфиксии) являлось событием невозможным в отсутствие установленного комплекса недостатков, допущенных при оказании пациентке стационарной медицинской помощи, в связи с чем была определена прямая причинно-следственной связь между действиями персонала больницы, оказывавшего помощь, и наступлением смерти [2, 5].

Одной из основных трудностей, с которой столкнулись эксперты при проведении данной экспертизы, были несоответствия в оценке состояния больной, изложенные в карте вызова СМП и в истории болезни, оформленной в больнице. Для исключения ошибки при решении вопроса о наличии или отсутствии недостатков в действиях врачей, проведен

сравнительный экспертный анализ изложенных данных, с учетом сведений из Заключения судебно-медицинского исследования трупа. В итоге комиссия экспертов пришла к выводу о недостоверности данных, которые были указаны в истории болезни (состояние больной на момент поступления в приемное отделение не было критическим и стало таковым не раньше, чем через час после этого), так как они не соответствовали генезу смерти, темпу наступления патологических изменений и имевшимся следственным данным (показаниям свидетелей о состоянии пациентки). В последующем данные этой истории болезни были признаны следствием недопустимыми и по другим основаниям.

Установление факта недостоверности медицинского документа позволило в дальнейшем решить поставленные следствием задачи и в своем итоге установить хронологию событий, предшествовавшую наступлению смерти пострадавшей, существовавшую необходимость по жизненным показаниям провести экстренную коникотомию, чего не было сделано (при наличии на то возможности), и причинно-следственную связь между допущенным дефектом оказания медицинской помощи и смертью женщины (при условии своевременного и в полном объеме проведения необходимых манипуляций наступление смерти больной не происходит).

Недостатки, допущенные при лечении пациентки челюстно-лицевым хирургом, приведшие в своем итоге к развитию у нее флегмоны, в рамках настоящей публикации предметом рассмотрения не являлись.

Литература

1. Божченко А.П. Профессионально-должностные преступления медицинских работников: статистика и сравнительный анализ. Медицинское право. 2020; 2:17–23.
2. Семина Т.В., Клевно В.А., Гусев А.Ю., Веселкина О.В. Уголовная ответственность врача в современной России: под общ. ред. Т.В. Семиной. М.: Проспект. 2021; 352.
3. Божченко А.П., Исмаилов М.Т., Никитин И.М. Состав преступления как фактор, определяющий подлежащие доказыванию обстоятельства и предмет судебно-медицинской экспертизы по делам о правонарушениях медицинских работников. Медицинское право. 2018; 2:7–11.

4. Лобан И.Е., Исаков В.Д. О понятиях ятрогенности и дефекта медицинской помощи. Уголовная ответственность медицинских работников: мат. Всеросс. научн.-практ. круглого стола. СПб, 2017; 101–105.

5. Божченко А.П. Проблемы и недостатки экспертного установления причинной связи. Медицинское право. 2020; 4:44–49.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА РОДОВОЙ ТРАВМЫ НОВОРОЖДЕННОГО. ВОЗМОЖНОСТИ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРЯМОЙ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННОЙ СВЯЗИ ПРИ НАЛИЧИИ ДЕФЕКТОВ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ. ТРУДНОСТИ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

*Р.В. Скребов¹, А.А. Савостеев¹, Ю.А. Солодовник¹, И.А.Адамович¹,
Е.Д. Хадиева²*

¹Казенное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», г. Ханты-Мансийск.

²Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружная клиническая больница», г. Ханты-Мансийск.

Аннотация: Установление прямой причинно-следственной связи при наличии дефектов патологоанатомического вскрытия является сложной задачей и требует от комиссии экспертов всестороннего и объективного подхода для ответов на вопросы о причине смерти, механизме причинения повреждений и их связи с действиями или бездействием медицинских работников. Нами рассмотрен случай установления диагноза «родовая травма» на основании исследования эксгумированного трупа, медицинских документов, гистологического исследования аутопсийного материала. Анализ полученных данных позволил исключить диагноз «тяжелая асфиксия» как основную причину смерти и выявить её первопричину – родовую травму, возникшую вследствие формирования клинической узкого таза и введения окситоцина.

Ключевые слова: асфиксия новорожденного, родовая травма, судебно-медицинская экспертиза, акушерско-гинекологическая экспертиза, родовспоможение, акушерский травматизм, натальная спинальная травма.

FORENSIC MEDICAL EXAMINATION OF BIRTH TRAUMA OF A NEWBORN. POSSIBILITIES OF ESTABLISHING A DIRECT IN THE PRESENCE OF DEFECTS IN THE PATHOANATOMICAL AUTOPSI AND MEDICAL DOCUMENTATION. DIFFICULTIES AND SOLUTIONS

*R.V. Skrebov¹, A.A. Savosteev¹, Y.A. Solodovnik¹, I.A. Adamovich¹,
E.D. Khadieva²*

¹КНМАО-Югра «Bureau of forensic medical examination», Khanty-Mansiysk

Summary: *Establishing a direct causal relationship in the presence of pathoanatomical autopsy defects is a difficult task and requires a comprehensive and objective approach from the expert panel to answer the question about the cause of death, the mechanism of injury and their connection with the actions/inaction of medical workers. This article will illustrate the case of establishing the diagnosis of «birth trauma» based on the data of a repeated study of the exhumed corpse, medical documents, analysis of the biomechanism of labor and histological examination of autopsy material.*

The analysis of the data obtained allowed the commission of experts to exclude the diagnosis of «severe asphyxia» as the main cause of death and to identify its root cause - a birth injury that arose as a result of the formation of a clinically narrow pelvis and the introduction of oxytocin.

Keywords: *newborn asphyxia, birth trauma, forensic medical examination, obstetric and gynecological examination, obstetrics, obstetric trauma, natal spinal injury.*

Актуальность

Судебно-медицинская экспертиза профессиональных правонарушений медицинских работников в сфере родовспоможения является одним из самых сложных видов экспертных исследований. Сложность проведения рассматриваемого случая заключалась в изучении медицинской документации, которая была оформлена ненадлежащим образом, что затруднило анализ и воссоздание реальной картины произошедшего; кроме того, результаты вскрытия не объяснили причин наступившего неблагоприятного исхода. По данным литературных источников [1], асфиксия занимает первое место в структуре причин перинатальной смертности (до 40%). Несмотря на некоторое снижение перинатальной смертности, ожидать радикального улучшения ситуации не приходится: сейчас лишь треть новорожденных появляется на свет здоровыми [1], у 20% умерших в перинатальном периоде диагностируют врожденные аномалии развития, а у остальных причиной гибели служат последствия экстрагенитальной патологии матери. Частота родовых повреждений нервной системы до сих пор остается загадкой, и причина этой «загадочности» кроется в невыполнении полного объема обследования новорожденного и дефектах вскрытия [2].

Цель: показать возможность установления прямой причинно-следственной связи при наличии дефектов оформления медицинской документации и патологоанатомического вскрытия.

Материал и методы. В исследовании использованы регламентирующие документы проведения судебно-медицинской экспертизы в случае профессиональных нарушений медицинских работников, анализ специальной литературы, а также использование лучевых и гистологических методов исследований.

Проиллюстрируем это следующим примером из нашей практики.

Пациентка Н., 35 лет, находилась на учете в женской консультации со срока беременности 6–7 недель. Беременность 5-я, желанная, роды 3-и, в анамнезе 2 медикаментозных аборта. Супруги соматически здоровы. Беременность протекала на фоне гестационной анемии 1 степени, по поводу чего получала препараты железа. По данным УЗИ, плод соответствовал срокам беременности. Патологии не выявлено. Дефектов оказания медицинской помощи на этапе женской консультации не отмечено [3].

10.10.2018 г. поступила в родильное отделение по поводу начала родовой деятельности. Осмотрена дежурным врачом, диагноз при поступлении: «5-я беременность 40 недель 4 дня. 3-и роды. Головное предлежание. «Зрелая шейка матки». Начало 1 периода родов». Составлен план ведения родов через естественные родовые пути с функциональной оценкой таза. 1 период родов протекал без особенностей. 2 период осложнился слабостью потужной деятельности, начата родостимуляция окситоцином, оказавшаяся неэффективной. Установлен диагноз «острая интранатальная гипоксия плода». Вызвана зав. отделением для решения вопроса о методе родоразрешения. Диагноз подтвержден, пациентка переведена в операционную. От момента установления диагноза до начала операции прошло 50 минут. Перед началом операции была выполнена кардиотокография, которая была проанализована экспертом акушером-гинекологом: 10 баллов по Фишеру, что свидетельствует о нормоксическом

состоянии плода. В медкарте указано, что подтекают светлые околоплодные воды. Произведен совместный осмотр с заведующей, поставлен диагноз «острая интранатальная гипоксия плода». Обоснования диагноза нет. Заказана операционная. Через 35 минут после приезда заведующей начата операция – истмико-корпоральное кесарево сечение. Головка находилась в широкой части полости малого таза, что не позволяло извлечь плод без технических трудностей. Со слов потерпевшей, «когда она находилась на операционном столе, врач толкал плод вовнутрь». В протоколе операции не указано время извлечения плода и возможные технические трудности.

Заключительный диагноз. Беременность 5. 40 недель, 4 дня. Роды 3. Головное предлежание. Слабость потуг. Дистресс плода. Раннее излитие околоплодных вод. Безводный период > 6 ч. 30 мин. Родостимуляция. Чревосечение истмико-корпоральное».

Учитывая достаточно низкое нахождение головки плода, его извлечение проходило с техническими трудностями, что подтверждается показаниями потерпевшей, следовательно, катастрофа произошла при его извлечении. По данным предоперационного осмотра объективных данных об ухудшении состояния плода не было: наличие шевеления плода, данные кардиотокографии (10 баллов по Фишеру); наличие светлых околоплодных вод.

При рождении состояние ребенка крайне тяжелое: брадикардия – 60 в минуту, самостоятельное дыхание отсутствует. Отмечается неврологическая симптоматика – судорожный синдром, атония, арефлексия. Указана резкая конфигурация головки, выраженная родовая опухоль.

Лабораторно при рождении – декомпенсированный метаболический ацидоз (рН – 6,8), что связано с острой интранатальной асфиксией, возникшей во время извлечения плода.

В 1-е сутки была выполнена рентгенография органов грудной клетки – данных за пневмонию нет; тогда же была взята кровь на стерильность – флора не выделена.

На 5-е сутки появились симптомы септического процесса.

На 9-е сутки ребенок осмотрен нейрохирургом, произведена компьютерная томография головы, люмбальная пункция.

Заключение КТ: в паренхиме мозга диффузные гиперденсные участки, структуры мозга дифференцируются крайне нечетко, дифференцировка серого и белого вещества отсутствует. В теменной области справа подпапневротическая гематома. Заключение: гипоксически - ишемические изменения головного мозга.

Люмбальная пункция – ликвор темно-красный, после центрифугирования сплошь эритроциты.

Интерпретация полученных результатов отсутствует.

Клинический диагноз: «Перинатальное поражение центральной нервной системы гипоксически-ишемического генеза. Отек головного мозга. Подпапневротическая гематома волосистой части головы». На 14 сутки наступила смерть.

Посмертный диагноз: перинатальное гипоксически – ишемическое поражение ЦНС, острый период. Синдром угнетения. Отек головного мозга.

Труп был направлен для проведения патологоанатомического вскрытия.

Протокол патологоанатомического вскрытия составлен формально. Указано, что внутренние органы «без особенностей», соответствуют возрастной норме, без видимой патологии. Головной мозг неопределенной структуры, кашицеобразной консистенции, темно-коричневого цвета. Записей о проведении исследования позвоночного столба и позвоночных артерий нет.

Выполнено микробиологическое исследование внутренних органов – выделены *Klebsiella pneumoniae* и *Acinetobacter baumannii*.

Патологоанатомический диагноз.

Основное комбинированное заболевание: Перинатальное поражение центральной нервной системы тяжелой степени, обширные участки

перивентрикулярной лейкомаляции, выраженные дистрофические и атрофические изменения в подкорковых узлах головного мозга, астроглиоз, пролиферация микроглии.

Генерализованная внутриутробная инфекция. Менингоэнцефалит. Очаговая межлужочная пневмония. Очаговый пиелонефрит. Осложнения основного заболевания: ДВС синдром. Отёк и вклинение головного мозга. Острая легочно-сердечная недостаточность.

Патология последа: очаговый парietальный и базальный децидуит. Пуловина без воспаления. Виллезное дерево соответствует сроку гестации. Компенсаторные реакции умеренные. Зоны псевдоинфарктов, кальцинаты. Хроническая плацентарная недостаточность 2 степени.

В протоколе отмечено, что дефектов оказания медицинской помощи не выявлено. Имеется совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов.

Изучив историю родов, историю развития новорожденного, результаты патологоанатомического исследования, мы пришли к выводу, что в данном случае имеет место родовая травма, которая не была диагностирована как на этапе оказания медицинской помощи ребенку, так и после его смерти.

Для подтверждения наличия родовой травмы мы приняли решение о необходимости проведения эксгумации и повторного вскрытия трупа (спустя год после захоронения).

При исследовании трупа он находился в состоянии выраженных посмертных изменений (жировоск). При внутреннем исследовании: полости заполнены целлофановыми пакетами, ветошью; внутренние органы отсутствовали. В теменной области справа, где была указана в истории родов кефалогематома, выявлен локальный участок пропитывания красно-коричневого цвета округлой формы, диаметром 6 см с относительно четкими контурами. Этот участок значительно отличался по цвету от окружающих тканей. Аналогичный участок был обнаружен в мягких тканях шеи в области позвоночного столба.

Таким образом, макроскопически выявлены места приложения действующей силы в области головки и шейного отдела позвоночника. Ткани из вышеуказанных участков были изъяты и с маркировками направлены на гистологическое исследование. Череп, ребра и позвоночный столб выделены единым органомкомплексом и направлены на медико-криминалистическое исследование.

Результаты: секционное исследование позвонков не проводилось. При гистологическом исследовании мягких тканей подтвердить или опровергнуть наличие кровоизлияний не представляется возможным.

Результаты и обсуждение.

Наш подход к установлению диагноза – анализ совокупности полученных данных.

Клинических: вторичная слабость родовой деятельности, длительное стояние головки в одной плоскости малого таза, что свидетельствует о формировании клинически узкого таза [4, 5].

Назначение окситоцина, противопоказанного в данной ситуации, привело к вклинению подлежащей части головки плода и ее насильственному продвижению по родовому каналу [6].

Исключение острой гипоксии: нормоксическое состояние плода (7-8-9-10 баллов по Фишеру) по данным кардиотокографии, светлые околоплодные воды.

Показания потерпевшей: «...В операционной пока я была в сознании, врач стал толкать ребенка за головку обратно» [7].

Клиническая картина при рождении – оценка по шкале Апгар 1-2 балла, отсутствие самостоятельного дыхания, атония, арефлексия, судорожный синдром; выраженная конфигурация головки.

По данным компьютерной томографии – в паренхиме мозга диффузные гиперденсные участки, структуры мозга дифференцируются крайне нечетко, дифференцировка серого и белого вещества отсутствует. В теменной области справа подпапневротическая гематома. Заключение: гипоксически –

ишемические изменения головного мозга.

Результаты лабораторных исследований при рождении – декомпенсированный метаболический ацидоз, гипергликемия, анемия.

Результаты лабораторных исследований ликвора: мутный, темно-красного цвета. После центрифугирования сплошь эритроциты в поле зрения, что свидетельствует о наличии субарахноидального кровоизлияния.

Результаты повторного исследования эксгумированного трупа, при котором макроскопически выявлены места приложения силы в области головки и шейного отдела позвоночника.

Результаты гистологического исследования аутопсийного материала, выполненные в рамках настоящей экспертизы: обширные участки некроза вещества головного мозга, при окраске по Перлсу выявлены гемосидерофаги.

Исключение диагноза «внутриутробная инфекция»: отсутствие воспалительных изменений в анализах матери во время беременности, родов и раннего послеродового периода; отсутствие признаков инфекционного процесса в препаратах плаценты (по данным протокола вскрытия), отсутствие внутриутробной пневмонии по данным исследования рентгенограммы, отрицательный прокальцитонинный тест у новорожденного, отрицательный результат микробиологического исследования крови на стерильность в первые сутки после рождения.

Выводы. Таким образом, анализ медицинской документации, результатов лабораторных исследований и повторного исследования эксгумированного трупа позволил комиссии экспертов установить диагноз: «Р 10.1. Кровоизлияние в мозг при родовой травме», а также определить механизм травмирования – насильственное вклинение головки плода и её сдавление костями таза вследствие введения окситоцина; причинение родовой травмы при извлечении плода – «выталкивания» головки снаружи внутрь. Повторное исследование эксгумированного трупа позволило выявить локальный участок пропитывания мягких тканей в области «проводной точки», совпадающий по анатомической локализации с кефалогематомой,

описанной в истории родов, а также локальный участок пропитывания в области шейного отдела позвоночника; грубые дефекты патологоанатомического вскрытия – отсутствие внутренних органов, непроведение исследования позвоночника, неустановление основного диагноза - «родовая травма».

Литература

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. М.: Издательство журнала Status Praesens, 2017, 872 с. (цитирование стр. 113).
2. Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных. Острый период и поздние осложнения. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. 368 с. (стр. 40-41) SBN 5-94774-191.
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. N572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
4. Сидорова И.С., Кулаков В.И., Макаров И.О. Руководство по акушерству. М.: Медицина, 2006, 848 с. ISBN 5-225-04480-8. (стр. 726-727).
5. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Оказание медицинской помощи при анатомически и клинически узком тазе». Российское общество акушеров-гинекологов. Москва. 2017. 31 с. (стр. 21-23)
6. Государственный реестр лекарственных средств. Инструкция к применению лекарственного препарата Окситоцин. [Электронный ресурс. Режим доступа: - <http://grls.rosminzdrav.ru>].
7. Париллов С.Л. Сикорская А.К., Гайфуллина Л.Р. Биомеханизм родовой травмы плода в ходе операции кесарева сечения. Судебная медицина. 2016;2:1:14–17.

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ДЕЛАМ, СВЯЗАННЫМ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ПРАВОНАРУШЕНИЯМИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Е.С. Сухарева¹, Ю.Е. Егорова¹, К.Ю. Кошечеева¹, С.В. Мартус¹,
к.м.н. И.С. Эделев¹, д.м.н., профессор Н.С. Эделев^{1,2}

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Нижегородское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», Нижний Новгород

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Нижний Новгород

Аннотация: Судебно-медицинские экспертизы по делам, связанным с профессиональными правонарушениями медицинских работников (по так называемым «врачебным делам»), в настоящее время являются наиболее актуальными, сложными и трудоемкими видами практической деятельности судебно-медицинских экспертов, и занимают длительное время для их выполнения. Анализ проведенных судебно-медицинских экспертиз позволил выявить основные факторы, влияющие на выполнение подобного вида экспертиз на этапах их назначения и при производстве. Основные факторы, влияющие на сроки выполнения судебно-медицинских экспертиз по делам, связанным с профессиональными правонарушениями медицинских работников: 1 большой объем вопросов, поставленных перед экспертной комиссией; 2 длительное предоставление необходимой медицинской документации; 3 подбор кандидатур врачей узких специальностей для участия в производстве судебно-медицинских экспертиз сотрудниками судебно-следственных органов; 4 продолжительность выполнения врачами узких специальностей, не работающих в штате ГБУЗ НО «Нижегородского областного бюро судебно-медицинской экспертизы»; 5 необходимость проведения дополнительных (клинических, инструментальных, лабораторных и других) методов исследования.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, врачебные экспертизы, комплексные (комиссионные) судебно-медицинские экспертизы, судебно-медицинские экспертизы по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников.

ON THE FEATURES OF THE PRODUCTION OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS IN CASES RELATED TO PROFESSIONAL OFFENSES OF MEDICAL WORKERS, AT THE PRESENT STAGE

E.S. Sukhareva¹, Y.E. Egorova¹, K.Y. Koshcheeva¹, S.V. Martus¹, I.S. Edelev¹,
N.S. Edelev^{1,2}

¹ State Budgetary Health Institution «Nizhny Novgorod Regional Bureau of Forensic Medical Examination», Nizhny Novgorod

² Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Privolzhsky Research Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Nizhny Novgorod

Summary: Forensic medical examinations in cases related to professional offenses of medical workers (in the so-called «medical cases») are currently the most relevant, complex and

time-consuming types of practical activities of forensic medical experts, and take a long time to complete them. An analysis of the conducted forensic medical examinations made it possible to identify the main factors influencing the implementation of this type of examinations at the stages of their appointment and during production. The main factors influencing the timing of forensic medical examinations in cases related to professional offenses of medical workers: 1 a large number of questions posed to the expert commission; 2 long-term provision of necessary medical documentation; 3 selection of candidates for doctors of narrow specialties to participate in the production of forensic medical examinations by employees of the judicial investigative bodies; 4 duration of performance by doctors of narrow specialties not working in the staff of the State Budgetary Institution of Healthcare of the Nizhny Novgorod Regional Bureau of Forensic Medical Examination; 5 the need for additional (clinical, instrumental, laboratory and other) research methods.

Keywords: *forensic medical examination, medical examinations, complex (commission) forensic medical examinations, forensic medical examinations in cases of professional offenses of medical workers.*

Анализ работы отдела сложных экспертиз ГБУЗ НО «Нижегородского областного бюро судебно-медицинской экспертизы» показал, что с каждым годом возрастает количество судебно-медицинских экспертиз по делам, связанным с профессиональными правонарушениями медицинских работников. Кроме того, увеличилось количество экспертиз, назначаемых следственными органами других субъектов Российской Федерации, в связи с исполнением указания Председателя Следственного комитета Российской Федерации № 4/201 от 17.05.2019 г. «О дополнительных мерах по усилению контроля за назначением судебных экспертиз по уголовным делам о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи (медицинской услуги)», в случаях, если потерпевший (потерпевшие) не согласен с назначением экспертизы по месту совершения преступления, и имеются основания полагать, что может иметь место заинтересованность экспертов в результатах экспертизы [1].

Указанные экспертизы являются актуальными, сложными и трудоемкими, требуют изучения значительного количества медицинской информации, составления и оформления большого по объему «Заключения эксперта» и соответственно длительный срок их исполнения [2]. Длительные сроки по производству судебно-медицинских экспертиз по делам, связанным с профессиональными правонарушениями медицинских работников,

обусловлены, по нашему мнению, следующими объективными факторами:

1 – большое количество поставленных перед комиссией экспертов вопросов (порой более 100);

2 – значительный объем предоставленных на экспертизу материалов дела и медицинской документации, при этом в ходе выполнения экспертизы порой возникает необходимость в предоставлении дополнительной медицинской документации;

3 – необходимость проведения дополнительных клинических (очный осмотр, обследование лица, в отношении которого проводится экспертиза), инструментальных (рентгенологических, ультразвуковых и других) и лабораторных методов исследования (гистологических, химических и других);

4 – необходимость привлечения в состав комиссии экспертов специалистов клинического профиля, не состоящих в штате Бюро СМЭ;

5 – часто необоснованно длительное выполнение исследований врачами-клиницистами.

Следует отметить, что 4 и 5 пункты обусловлены работой со специалистами клинического профиля, причем в настоящее время, когда на медицинское звено имеется повышенная нагрузка из-за эпидемиологической обстановки в стране, эти вопросы приобретают особо важное значение.

Остановимся на отдельных моментах более подробно.

1. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указывается о привлечении врачей узких специальностей (без указания конкретной кандидатуры врача узкой специальности) в состав экспертной комиссии, не являющихся сотрудниками Бюро СМЭ, на усмотрение руководства Бюро СМЭ с поручением начальнику Бюро СМЭ разъяснить эксперту права и обязанности, предусмотренные ст. 57 УПК РФ и предупредить его об уголовной ответственности по ст. 307 УК РФ за дачу заведомо ложного заключения, что противоречит законодательству. Согласно ст. 199 УПК РФ «Руководитель экспертного учреждения после

получения постановления поручает производство судебной экспертизы конкретному эксперту или нескольким экспертам из числа работников данного учреждения и уведомляет об этом следователя» [3,4]. При назначении экспертизы по запросу начальника Бюро СМЭ следователь (судья) привлекает к её производству врачей узких специальностей, поскольку согласно ст. 14 и 15 Федерального Закона № 73 «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» «Руководитель не вправе: самостоятельно без согласования с органом или лицом, назначившими судебную экспертизу, привлекать к ее производству лиц, не работающих в данном учреждении...» «Руководитель вправе: ходатайствовать перед органом или лицом, назначившим судебную экспертизу, о включении в состав комиссии экспертов лиц, не работающих в данном учреждении, если их специальные знания необходимы для дачи заключения...» [5].

2. Отсутствие как такового постановления о включении в состав комиссии экспертов врачей узких специальностей, не состоящих в штате Бюро СМЭ, что крайне затрудняет организацию работы, вызванное длительной перепиской между следователем (судьей) и Бюро СМЭ о необходимости включения врача узкой специальности для производства конкретной экспертизы, и приводит к увеличению сроков проведения экспертизы.

Решение обозначенных проблем сводится к тому, что выбор конкретного врача в каждом случае осуществляет следователь или судья, назначивший экспертизу, который после согласования непосредственно с выбранной кандидатурой врача, выносит постановление (определение) о признании экспертом конкретного врача, т.е. переводит специалиста в ранг эксперта и разъясняет ему права и обязанности по ст. 57 УПК РФ и ст. 85 ГПК РФ, и предупреждает об уголовной ответственности по ст. 307 УК РФ за дачу заведомо ложного заключения [3,4,6].

С целью реализации этих задач мы обратились к председателю

Областного Нижегородского суда за разъяснениями о порядке привлечения к проведению судебной экспертизы в качестве экспертов специалистов, не входящих в штат Бюро СМЭ, на что был получен следующий ответ: «Заключением научно-консультативного совета при Нижегородском областном суде от 21.09.09г. №7-51/250 установлено, что вопрос о допуске к проведению экспертизы специалистов, не входящих в штат ГБУЗ НО «НОБСМЭ», разрешается в судебном заседании с участием сторон с последующим вынесением определения. При этом наиболее приемлемой формулировкой считаю следующую: «суд определил включить в состав комиссии экспертов следующих лиц, не работающих в ГБУЗ НО «НОБСМЭ»: ...»».

Как уже отмечалось, большое влияние на длительность производства экспертиз оказывает время, необходимое врачу узкой специальности, включенному в состав экспертной комиссии, на изучение представленных на экспертизу материалов дела и медицинской документации. Привлеченный специалист клинического профиля, проводит экспертные исследования только в свободное от основной работы время и не может быть официально откомандирован в экспертное учреждение для проведения экспертизы. Соблюдение сроков выполнения экспертизы не должно препятствовать выполнению основной трудовой функции врача клинического профиля, направленной, прежде всего, на оказание медицинской помощи его пациентам. При производстве экспертиз по постановлениям (определениям) судебно-следственных органов из других субъектов Российской Федерации эти проблемы ещё усложняются.

В настоящее время такие специалисты привлекаются для проведения экспертизы в рамках заключаемых разовых гражданско-правовых договоров (о возмездном оказании услуг) между ними и лицами, назначившими экспертизу (следователями, дознавателями, судьями).

Следует отметить, что имеются случаи не исполнения или не должного исполнения этих обязательств, как затягивание исследований узким

специалистом, так и несвоевременная оплата труда узкого специалиста, что негативно сказывается на работе.

Учитывая, что судебно-медицинские экспертизы по делам, связанным с профессиональными правонарушениями медицинских работников, призваны к повышению качества оказания медицинской помощи, для их интенсификации необходимо строгое выполнение законодательной базы со стороны судебно-следственных органов, экспертных учреждений, министерств здравоохранения регионального уровня и самих врачей клиницистов.

Решить эти задачи на должном уровне возможно только при тесном взаимодействии участвующих в этой работе юридических и физических лиц.

Литература

1. Указания Председателя Следственного комитета Российской Федерации № 4/201 от 17.05.2019 г. «О дополнительных мерах по усилению контроля за назначением судебных экспертиз по уголовным делам о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи (медицинской услуги)».

2. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи: Методические рекомендации/ Ковалев А.В., 2017 г.

3. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 N 174-ФЗ (ред. от 30.12.2021) http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34481/.

4. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. От 30.12.2021) http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/.

5. Федеральный закон от 31 мая 2001 г. N 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) <https://base.garant.ru/12123142/>.

6. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14.11.2002 N 138-ФЗ (ред. от 30.12.2021) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.02.2022) http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_39570/.

ОСОБЕННОСТИ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ФАКТУ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГУЗ «ЗАБАЙКАЛЬСКОЕ КРАЕВОЕ БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ»

О.А. Туранов^{1,2}, Е.С. Новокрещенова¹

¹ГУЗ «Забайкальское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы», Чита

²ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита

Аннотация: Значительный удельный вес комиссионных / комплексных судебно-медицинских экспертиз по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи, высокие требования к их качеству и нормативно-правовое регулирование, обуславливает необходимость привлечения высококвалифицированных врачей клиницистов разных специальностей. Отсутствие единого подхода к вопросу об оплате привлеченных экспертов в субъектах Российской Федерации, создает предпосылки различных вариантов решения. В ГУЗ «ЗКБСМЭ» оплата врачей узких специальностей осуществляется в соответствии с договором, заключенным между специалистом и экспертным учреждением, в рамках запланированных бюджетных средств на текущий финансовый год. Возможность оплаты работы привлеченных специалистов отделением судебно-медицинских исследований Дальневосточного филиала ФГКУ «СЭЦ СК России», превышает в несколько раз возможности ГУЗ «ЗКБСМЭ», что не самым лучшим образом отражается на желании участия врачей узких специальностей в экспертизах проводимых в ГУЗ «ЗКБСМЭ».

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, ненадлежащее оказание медицинской помощи, профессиональные правонарушения, комиссионные и комплексные экспертизы, эксперт-организатор.

PRODUCTION FEATURES OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS ON THE FACT OF IMPROPER PROVISION OF MEDICAL CARE IN ZABAIKALSKY REGIONAL BUREAU OF FORENSIC MEDICAL EXPERTISE

O.A. Turanov^{1,2}, E.S. Novokreshchenova¹

¹Zabaikalsky Regional Bureau of Forensic Medical Expertise, Chita

²Chita State Medical Academy, Chita

Summary: A significant share of commission / complex forensic medical examinations on the facts of improper provision of medical care, high requirements for their quality and legal regulation, necessitates the involvement of highly qualified clinicians of various specialties. The lack of a unified approach to the issue of paying for the involved experts in the subjects of the Russian Federation creates the preconditions for various solutions. In «ZKBSME», payment for doctors of narrow specialties is carried out in accordance with an agreement concluded between a specialist and an expert institution, within the framework of the planned budget funds for the current financial year. The ability to pay for the work of the involved specialists by the department of forensic medical research of the Far Eastern branch of the «SEC SK of Russia» exceeds the capabilities of «ZKBSME» several times, which is not the best way reflected in the desire for the participation of doctors of narrow specialties in the examinations conducted by «ZKBSME».

Keywords: forensic medical examination, inadequate medical care, professional offenses, commission and complex examinations, expert-organizer.

На территории Забайкальского края функционирует несколько учреждений, способных проводить комплексные судебно-медицинские экспертизы по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи: ГУЗ «Забайкальское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы», филиал №4 ФГКУ «111 Главный Государственный Центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз» СМЛ МО РФ (г. Чита) и отделение судебно-медицинских исследований (с дислокацией в г. Чита) Дальневосточного филиала (с дислокацией в г. Хабаровск) ФГКУ «СЭЦ СК России».

Количество назначаемых и выполняемых комиссионных / комплексных судебно-медицинских экспертиз в ГУЗ «ЗКБСМЭ» имело ежегодную тенденцию к увеличению. В 2017 году было исполнено 320 экспертиз (29% из них, по так называемым «врачебным делам»), в 2018 – 391 экспертиза (34%), в 2019 – 422 экспертизы (26%). В 2020 и 2021 годах отмечалось пропорциональное снижение количества назначаемых и выполняемых комиссионных / комплексных судебно-медицинских экспертиз, что обусловлено ситуацией, связанной с распространением новой коронавирусной инфекцией COVID-19 (занятость врачей узких специальностей, чьи познания необходимы для производства экспертиз, в «красной зоне»; листки нетрудоспособности как врачей узких специальностей, так и сотрудников отдела сложных экспертиз). При этом удельный вес выполненных экспертиз по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи оставался в пределах 30%.

Судебно-медицинские экспертизы в Забайкальском крае производятся согласно нормативно правовой базы, на основании определения суда, постановления судьи, лица, производящего дознание или следователя [1, 2]. Производство комиссионных / комплексных судебно-медицинских экспертиз в отделе сложных экспертиз выполняется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, приказами и методическими

рекомендациями [1–5].

Однако в настоящее время существующая нормативная база не дает четких форм организации работы отдела сложных экспертиз в случаях привлечения специалистов, не трудоустроенных в государственных судебно-медицинских учреждениях. Имеющаяся в нормативных документах информация содержит сведения только об основных направлениях работы отдела при производстве комиссионных / комплексных экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел, материалам проверок.

В данной статье мы отразим особенности производства судебно-медицинских экспертиз по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи или по так называемым «врачебным делам» на территории Забайкальского края.

В отделе сложных экспертиз ГУЗ «ЗКБСМЭ» трудоустроено 4 судебно-медицинских эксперта, один из которых заведующий, 1 медицинская сестра и 1 медицинский регистратор. Отдел укомплектован необходимой оргтехникой, в работе используется архив всех подразделений учреждения, что положительно отражается на сроках производства экспертиз.

Повышение требований судебно-следственных органов к качеству и доказательности комплексных судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» обуславливает необходимость привлечения в состав экспертных комиссий высококвалифицированных врачей-клиницистов разных специальностей (рентгенологи, нейрохирурги, акушеры-гинекологи, неонатологи, анестезиологи-реаниматологи, хирурги, ортопеды-травматологи и другие).

Вопросу порядка привлечения сотрудников, не работающих в ГУЗ «ЗКБСМЭ», уделяется особое внимание. После получения постановления о назначении комплексной судебной-медицинской экспертизы, изучения материалов дела, в адрес лица, назначившего экспертизу, направляется ходатайство о необходимости включения в состав комиссии врачей узких специальностей. Ходатайство содержит список специалистов из числа

профессорско-преподавательского состава ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», заведующих отделениями и врачей лечебно-профилактических учреждений г. Читы, имеющих высшую квалификационную категорию, главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Забайкальского края, не менее 2 врачей на специальность (во избежание подозрений на коррупционную составляющую). Исходя из полученного ходатайства, лицо, назначившее экспертизу, принимает решение о включении в состав комиссии необходимых специалистов (путем вынесения постановления о признании экспертом), предварительно удостоверившись в их личности, наличии специальных познаний и соответствующей квалификации. Привлеченному врачу узкой специальности вручается копия постановления о назначении комплексной судебно-медицинской экспертизы, разъясняется порядок ознакомления с материалами, необходимыми для производства экспертизы, права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. 57 УПК РФ, а также эксперта предупреждают об уголовной ответственности, предусмотренной ст. 307 УК РФ. В ходатайстве также указывается, что помимо общих оснований для отвода эксперта (ст. 70 УПК РФ), в соответствии со ст. 18 Федерального закона №73, в производстве судебной экспертизы в отношении живого лица не может участвовать врач, который до ее назначения оказывал медицинскую помощь лицу, в отношении которого назначена экспертиза [1].

В случае отказа в удовлетворении заявленного ходатайства у руководителя экспертного учреждения появляется право возратить без исполнения постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы и представленные для ее производства материалы в связи с отсутствием в учреждении экспертов той или иной специальности [1].

По нашему мнению, вопрос о порядке выплаты вознаграждения привлеченному эксперту (врачу-специалисту) за исполнение им своих обязанностей, находит свое отражение в ст. 131 УПК РФ. Однако на территории Забайкальского края привлеченному эксперту (врачу-

специалисту) порядок выплаты вознаграждения производится в соответствии с субъектовым приказом [6], согласно которому участие врачей узких специальностей в комиссионных / комплексных экспертизах осуществляется в соответствии с договором, заключенным между специалистом и ГУЗ «ЗКБСМЭ», в рамках запланированных бюджетных средств на текущий финансовый год. То есть создается парадоксальная ситуация, заказчиком экспертизы является лицо, ее назначившее, а оплату привлеченных этим лицом внештатных специалистов (врачей узких специальностей) осуществляет экспертное учреждение, в «не высоких финансовых рамках». Кроме того, с созданием в Забайкальском крае отделения судебно-медицинских исследований Дальневосточного филиала ФГКУ «СЭЦ СК России», врачи узких специальностей неохотно принимают участие в экспертизах, проводимых в ГУЗ «ЗКБСМЭ», так как вознаграждение за свою работу различается в несколько раз в пользу представителей следственного комитета.

Таким образом, несмотря на определенные сложности, система организации работы отдела сложных экспертиз ГУЗ «ЗКБСМЭ» позволяет работать исключительно в правовом поле, с соблюдением всех нормативно-правовых актов и законов, повышать качество выполняемых экспертиз, сокращать сроки их проведения. Сотрудники ГУЗ «ЗКБСМЭ» продолжают поиск путей совершенствования имеющейся системы.

Литература

1. Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» от 31.05.2001 N 73-ФЗ.
2. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 N 346н (Зарегистрировано в Минюсте РФ 10.08.2010 N 18111) «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».
3. Ковалев А.В. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи. Методические рекомендации (2-е издание, переработанное и дополненное). Москва: ООО «Принт», 2017.

4. Сухарева М.А., Баринев Е.Х., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н. Экспертная оценка дефектов оказания медицинской помощи и неблагоприятных исходов в случаях массовых острых инфекционных заболеваний органов дыхания в замкнутых коллективах. Методические рекомендации. Москва: ООО «Принт», 2019.

5. Ковалев А.В., Налетова Д.М. Судебно-медицинская оценка случаев смерти в медицинских организациях в отдаленный посттравматический период. Методические рекомендации. Москва: ООО «Принт», 2019.

6. Приказ Министерства здравоохранения Забайкальского края от 26.04.2017 № 192 «Об утверждении Порядка участия врачей узких специальностей в комиссионных/комплексных экспертизах».

КОМИССИОННАЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА КАК ЭЛЕМЕНТ ДОКАЗЫВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПРЕСТУПЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

В.Б. Хазизулин^{1,2}

¹Московская академия Следственного комитета Российской Федерации, Москва

²Владивостокский государственный университет экономики и сервиса, Владивосток

Аннотация: Установление достаточных оснований для уголовно-правовой квалификации деяния медицинского работника, связанного с его профессиональной деятельностью, невозможно без проведения комиссионной судебно-медицинской экспертизы. Эта экспертиза является специфичной задачей, как для следователя, так и для экспертной комиссии, требующей всестороннего и объективного исследования процесса оказания медицинской помощи. Анализ следственно-судебной практики и научной литературы позволил определить шесть групп вопросов, подлежащих исследованию в рамках указанной экспертизы. Их разрешение позволяет, наряду с другими доказательствами, произвести юридическую оценку деяния медицинского работника и принять законное и обоснованное решение по уголовному делу.

Ключевые слова: уголовное дело, следователь, медицинский работник, комиссионная судебно-медицинская экспертиза, причинно-следственная связь.

COMMISSIONED FORENSIC EXAMINATIONS AS AN ELEMENT OF PROVING THE PROFESSIONAL MISCONDUCT OF A MEDICAL PROFESSIONAL

V.B. Khazizulin^{1,2}

¹Moscow Academy of the Investigative Committee of the Russian Federation, Moscow

²Vladivostok State University of Economics and Service, Vladivostok

Summary: It is impossible to establish sufficient grounds for criminal qualification of medical worker's acts connected with his professional activity without conducting a forensic medical examination. This expertise is a specific task for both the investigator and the expert commission, requiring a comprehensive and objective examination of the process of medical

care. An analysis of forensic practice and scientific literature has identified six groups of questions to be examined as part of the forensic examination. Their resolution makes it possible, along with other evidence, to make a legal assessment of the medical professional's act and to make a lawful and well-founded decision in a criminal case.

Keywords: *criminal case, investigator, healthcare professional, commission forensic examination, causal link.*

Производство по уголовным делам, связанным с оценкой профессиональной деятельности работников здравоохранения, свидетельствует о наличии значительных трудностей в их расследовании, что обусловлено спецификой медицинской сферы. Связано это, в определенной мере, с отсутствием у следователя, как субъекта поисково-познавательной деятельности, специального медицинского образования, соответствующих знаний и практических навыков.

Такое отсутствие, в свою очередь, способно вызвать когнитивное искажение [1] и оказать существенное влияние на эффективность деятельности следователя, ведь даже субъективное толкование названия какой-либо специальной отрасли или раздела медицины, например – комбустиология, торакальная хирургия и пр., может обусловить ошибку восприятия в мыслительном процессе ввиду отсутствия необходимого набора знаний.

Эффективная правоприменительная деятельность при расследовании рассматриваемых уголовных дел невозможна без использования совокупности сведений и познаний в области медицинской науки и практики. Необходимость получения по уголовному делу такой специфичной информации предусмотрена в ст. 196 УПК РФ [2], предусматривающей обязательное производство судебной экспертизы для определения причины смерти, характера и степени вреда здоровью. Требования данной нормы закона справедливо относятся и к уголовным делам о профессиональных преступлениях медицинских работников в целях установления факта наличия (отсутствия) общественно-опасных последствий от их деяний.

В связи с этим в процессе предварительного расследования фактов оказания медицинской помощи следователю необходимо прибегать к

помощи сведущих в медицинской науке лиц – судебно-медицинских экспертов и специалистов в различных профилях медицинской помощи, таких как «акушерство и гинекология», «кардиология» и пр., привлекаемых в качестве экспертов с состав соответствующих комиссий.

При этом сущность судебной экспертизы применительно к рассматриваемой досудебной стадии уголовного судопроизводства заключается, как указывает Е.Р. Россинская, в изучении (анализе) сведущим лицом – экспертом – представленных в его распоряжение материальных объектов экспертизы (вещественных доказательств), а также различных документов с целью установления фактических данных, имеющих значение для правильного разрешения дела [3].

Комиссионным судебно-медицинским экспертизам отводится значительная роль при расследовании указанных уголовных дел; они носят особо сложный характер, так как одновременно решают несколько задач: установление степени тяжести вреда здоровью или причины смерти пациента, выявление дефектов оказания ему медицинской помощи, а также определение причинной связи между этими дефектами и наступившими последствиями.

Назначение, проведение и оценка таких экспертиз отличается особой спецификой. Так, в частности, в качестве особенностей выделяются:

- комиссионный характер экспертизы, требующий привлечения специалистов определенных клинических специальностей;

- возможность сочетания исследования объектов всех видов судебно-медицинских экспертиз (не только медицинских документов и материалов уголовного дела, но и вещественных доказательств (в том числе гистологических и иных биологических препаратов, полученных у пациента анализов), а также живых лиц, при необходимости – трупов;

- ретроспективный характер экспертного исследования подлежавших ранее изучению объектов, в том числе путем верификации данных прежде заключений о сущности болезни, ее патогенезе и состоянии пациента,

механизме танатогенеза [4];

- необходимость исследования не только медицинских документов, отражающих процесс взаимодействия конкретного пациента и медицинских работников, но и тех, которые разработаны для неограниченного круга потенциальных пациентов: нормативных (приказы Минздрава России), организационно-технологических (медицинские стандарты, рекомендации, клинические протоколы, методические пособия, руководства, инструкции, регулирующие процесс оказания медицинской помощи) и административных (региональные правовые акты в сфере здравоохранения и локальные правовые акты медицинского учреждения).

Специфика названных экспертиз также заключается в том, что в ходе их производства исследуются медицинские документы, показания работников сферы здравоохранения и других лиц, результаты контрольно-надзорных и ведомственных проверок, экспертизы качества оказания медицинской помощи, заключения и показания специалистов, а также гистологические и иные биологические материалы и результаты их исследования, свидетельствующие о времени, особенностях течения и исходе заболевания пациента и о действиях медицинского персонала, а также заключения других судебных экспертиз (например: заключение почерковедческой судебной экспертизы, свидетельствующей о подделке или искажении содержания медицинских документов).

Цель проведения конкретной судебно-медицинской экспертизы, как отмечают А.М. Попов и А.М. Журбенко, определяется вопросами, которые следователь ставит перед экспертом. В данном случае особую значимость представляют вопросы о наличии причинно-следственной связи [5]. Такая связь, имея каузальное значение [6], является важнейшим элементом не только объективной стороны преступления медицинского работника, но и одним из условий наступления его уголовной ответственности. При этом установление причинной связи между действиями медицинского работника и наступлением неблагоприятных последствий для пациента в виде

причинения вреда здоровью или смерти остается одной из наиболее сложных задач, которую необходимо решать в рамках уголовного дела [7].

В самом простом виде причинно-следственная связь представляет собой соотношение, когда одно явление, предшествующее другому по времени (причина), порождает при определенных обстоятельствах другое явление (следствие) [8]. В связи с этим, прежде чем установить наличие связи между причиной и следствием, необходимо установить как саму причину, так и продуцируемое ею следствие.

В результате по уголовным делам о профессиональных преступлениях медицинских работников у следователя возникает необходимость в экспертном разрешении вопросов, связанных с определением причины, следствия и наличия связи между ними, перечень которых в зависимости от исследуемых обстоятельств может быть существенен и значительно различаться.

В связи с этим, взяв в качестве ориентира групповую классификацию вопросов, касающихся установления причинно-следственной связи и подлежащих разрешению экспертным путем, введенную Р.С. Белкиным [9], определим основные из них применительно к рассматриваемым уголовным делам.

Первая группа вопросов: «Какова причина возникновения патологического процесса в организме пациента, послужившая основанием для оказания ему медицинской помощи?».

Вторая группа вопросов: «Причинен ли вред здоровью пациенту? Если да, то каковы его характер и степень вреда?» либо «Какова причина смерти пациента / гибели плода?».

Третья группа вопросов: «Имеются ли дефекты (недостатки) оказания пациенту медицинской помощи? Если да, то какие и кем допущены?».

Четвертая группа вопросов: «Имеется ли причинно-следственная связь между выявленным дефектом (недостатком) оказания медицинской помощи и причинением вреда здоровью пациента / наступлением смерти (либо

гибелью плода)?»).

Пятая группа вопросов: «Имелась ли реальная возможность предотвратить наступление неблагоприятных последствий для пациента?»).

И, наконец, шестая группа вопросов: «Какова тяжесть вреда здоровью пациента в результате дефектов оказания ему медицинской помощи?»).

Приводя указанную классификацию, мы исходим из того, что каждое уголовное дело, в зависимости от конкретных обстоятельств исследуемого события, требует, помимо стандартных, формулирования специфических вопросов. При этом профессионализм следователя состоит не в постановке наибольшего количества вопросов (например: заявленных потерпевшей стороной), а в определении именно таких, которые обусловлены конкретным обстоятельством, связанным с необходимостью оказания медицинской помощи, и наступившим для пациента в ходе такого обстоятельства результатом. Ответы на эти вопросы должны сводиться к получению следователем посредством экспертного исследования достоверной информации об обстоятельствах исследуемого события в целях дальнейшей ее правовой оценки.

Следует подчеркнуть, что перечень приведённых выше вопросов не является всеохватывающим. Однако анализ следственно-судебной практики и исследуемой проблематики свидетельствует, что этот перечень группирует вопросы, наиболее значимые для эффективного расследования и установления обстоятельств, подлежащих доказыванию.

В современных реалиях в юридической и медицинской науках продолжается дискуссия о проблемах установления причинно-следственной связи и компетенции эксперта в данном вопросе [10]. Однако правоприменительная деятельность требует решения насущной задачи оценки характера связи между деянием медицинского работника и результатом медицинской помощи. В данном случае вопрос сводится к определению закономерностей исключительно медицинского характера, которые судебно-медицинскому эксперту или привлеченному в состав

комиссии в качестве эксперта врач – клиницисту известны в силу их специальности и практического опыта. Таким образом, в пределах своей компетенции они имеют полномочия для проведения соответствующих исследований. В связи с этим применение в правоприменительной практике обозначенных в приведенной выше классификации вопросов, подлежащих постановке перед экспертной комиссией, обусловит разрешение задачи установления причинно-следственной связи и повышение качества предварительного расследования по рассматриваемой категории дел.

При этом, используя в практической деятельности эти вопросы, следователю надлежит помнить, что в комиссионной судебно-медицинской экспертизе оценка деятельности медицинского работника в части установления указанной связи производится с учетом необходимости выполнения им тех или иных медицинских манипуляций и правильности их выполнения, так как именно для соответствующего анализа необходимо применение специальных знаний медицинской науки. Следователь же, разрешая задачу о нарушении медицинским работником профессиональных правил, как противоправной деятельности, производит оценку действия (бездействия) с точки зрения деяние-поступок с учетом его юридического содержания. Произведенный в этом случае в ходе комиссионной судебно-медицинской экспертизы оценочный анализ конкретной деятельности медицинского работника будет иметь необходимый, но все же вспомогательный характер для следователя.

Данное утверждение, как отмечает Стешич Е.С., основано на том, что судебная медицина исследует механизм причинения вреда в тканях, органах и системах живого организма, а уголовное право – причинение вреда на социально-правовом уровне. Поэтому следователь должен, исследуя всю совокупность полученных доказательств, дать событию юридическую оценку, которая с судебно-медицинской (вопреки устоявшейся практике) совпадать не обязана [11].

В завершение следует отметить, что производство комиссионной

судебно-медицинской экспертизы является специфической частью расследования по уголовным делам названной категории, характеризующееся детально регламентированным порядком ее назначения и проведения. Вследствие этого, а также в силу особенности специальных медицинских знаний, отношения «следователь – эксперт» должны носить системный характер и быть нацелены на усвоение следователем существа экспертного исследования посредством всего комплекса его уголовно-процессуальных полномочий. Именная такая поисково-познавательная деятельность в ходе процессуального использования специальных знаний должна рассматриваться в качестве обязательных практических действий следователя и предопределять их порядок.

Литература

1. Мозжухина Ю.Н. Когнитивные искажения как свойство поведенческих моделей. Проблемы педагогики. 2017; 9 (32): 22-25.
2. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ. М.: Издательство «Проспект», 2022.
3. Россинская Е.Р. Судебная экспертиза в гражданском, арбитражном, административном и уголовном процессе. М.: Норма, 2006.
4. Витер В.И., Поздеев А.Р., Гецманова И.В. Юридическая и экспертная оценка неблагоприятных исходов при расследовании профессиональных правонарушений медицинских работников: монография. Ижевск, 2007.
5. Попов А.М., Журбенко А.М. Особенности раскрытия и расследования преступлений против личности, совершаемых работниками здравоохранения. Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. 2021; 1: 153-158.
6. Церетели Т.В. Причинная связь в уголовном праве. Тбилиси: Издательство Тбилисского университета, 1957.
7. Габай П.Г., Зарипова Л.А. Значение причинно-следственных связей при рассмотрении гражданских и уголовных дел о причинении смерти или вреда здоровью. Российский следователь. 2018; 8: 7-15.
8. Дерюгина Т.В. Дефекты установления причинно-следственной связи между оказанием медицинских услуг и наступившими последствиями. Мировой судья. 2020; 12: 8-13.
9. Белкин Р.С. Курс криминалистики. Учебное пособие для вузов в 3-х томах. Том 2. М.: Закон и право, 2001.
10. Божченко А.П. К вопросу об установлении причинно-следственной связи при производстве судебно-медицинской экспертизы. Медицинское право. 2021; 4: 39-46.

11. Стешич Е.С. Теоретические и методологические основы криминологического исследования преступлений, связанных с причинением смерти: диссертация на соискание ученой степени доктора юридических наук. Ростов-на-Дону, 2019.

ФОРМИРОВАНИЕ АНЕВРИЗМЫ МЕЖКОСТНОЙ АРТЕРИИ ПРИ НЕТИПИЧНОМ АНАТОМИЧЕСКОМ РАСПОЛОЖЕНИИ АРТЕРИЙ ОБЛАСТИ ЛОКТЕВОЙ ЯМКИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Д.А. Хромов¹, Э.С. Грига², д.м.н., доцент А.П. Божченко²

¹ГУЗ «Липецкое областное БСМЭ», Липецк

²Кафедра судебной медицины и медицинского права ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург

Аннотация: *Описывается экспертное наблюдение редкого случая формирования аневризмы межкостной артерии руки после проведенной пункции. Имевшееся у пациентки нетипичное анатомическое расположение сосудов плеча и предплечья – высокая бифуркация плечевой артерии справа (на уровне верхней трети плеча), низкое расположение промежуточной локтевой вены (на уровне средней трети плеча) – стало причиной ошибочной пункции артерии при попытке пункции вены.*

Ключевые слова: *венепункция, пункция вен, аневризма, пункция артерии, судебно-медицинская экспертиза.*

FORMATION OF AN ANEURYSM OF THE INTEROSSEOUS ARTERY WITH AN ATYPICAL ANATOMICAL LOCATION OF THE ARTERIES OF THE ULNAR FOSSA. (A CASE FROM EXPERT PRACTICE)

D.A. Khromov¹, E.S. Griga², A.P. Bozhchenko²

¹Lipetsk Regional Bureau of Forensic Medical Examination, Lipetsk

²Department of Forensic Medicine and Medical Law of the Military Medical Academy, Forensic Medicine Department, St. Petersburg

Summary: *An expert observation of a rare case of the formation of an aneurysm of the interosseous artery of the arm after a puncture is described. The patient had an atypical anatomical location of the vessels of the shoulder and forearm – a high bifurcation of the brachial artery on the right (at the level of the upper third of the shoulder), a low location of the intermediate ulnar vein (at the level of the middle third of the shoulder) - caused an erroneous puncture of the artery when trying to puncture the vein.*

Keywords: *venipuncture, venous puncture, aneurysm, arterial puncture, forensic medical examination.*

Актуальность. Описание случаев осложнений медицинских манипуляций, ятрогенных повреждений является актуальной задачей для

повышения качества лечебно-диагностической работы и совершенствования методологии судебно-медицинской оценки неблагоприятных последствий в медицинской деятельности [1]. К числу потенциально наиболее опасных для жизни являются случаи повреждения кровеносных сосудов [2]. К этому приводят как банальное незнание медицинскими работниками нормальной анатомии (что бывает редко), так и объективные причины, связанные с вариативностью расположения кровеносных сосудов, наличием аномалий сосудистых стенок (мальформаций, аневризм).

У детей аневризмы артерий крайне редки. Особенно редки аневризмы артерий верхних конечностей – на их долю приходится около 5% от общего числа описанных случаев, при этом в мировой литературе описаны единичные наблюдения такого рода. Так, в работе [3] приводятся данные медицинского центра университета Мичигана (США) о всего лишь 7 случаях аневризм артерий верхних конечностей. По сводным данным других исследователей, в мировой литературе сообщается о 14 подобных клинических случаях [4]. Развитие аневризм у детей может быть связано с такими процессами, как инфекции, травмы, соединительнотканые болезни, артерииты.

Нетипичное анатомическое расположение артерий и вен области локтевой ямки может стать причиной ошибочной пункции артерии при попытке венепункции, подтверждением чему служит представляемый ниже случай из экспертной практики.

Цель работы – актуализация сведений об анатомо-топографических особенностях сосудов верхних конечностей для объективизации судебно-медицинской оценки неблагоприятных последствий в медицинской деятельности.

Материал исследования: случай из экспертной практики.

Результаты исследования. Согласно сведениям, имеющимся в материалах дела и медицинской документации, подэкспертная Х. поступила в областную детскую больницу с признаками инфекции мочевыводящих

путей. В ходе диагностического обследования и лечения, в том числе для контроля показателей крови, у подэкспертной Х. проводился забор крови из вены области локтевой ямки. В тот же день в области локтевого сгиба, на месте венепункции, было выявлено образование (гематома). В дальнейшем, при проведении дополнительного исследования (ангиографии), а также гистологического исследования было установлено наличие аневризмы межкостной артерии.

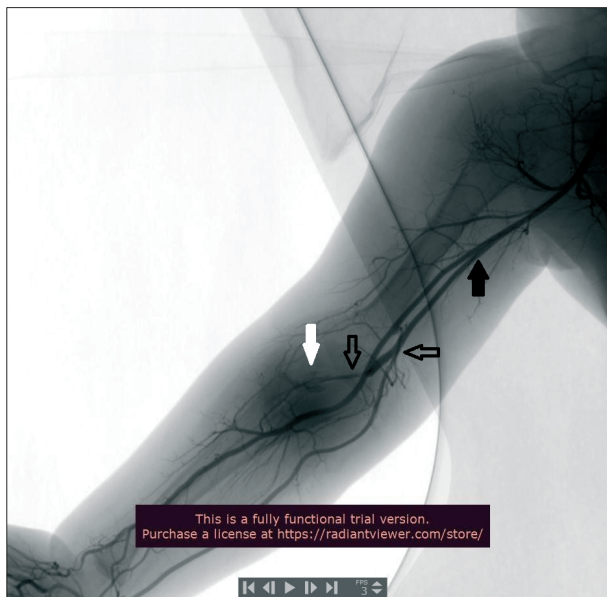


Рис. 1. Визуализация артериальной сети правой верхней конечности подэкспертной Х. Высокая бифуркация плечевой артерии на уровне верхней трети плеча (отмечена верхней черной стрелкой), от локтевой артерии на уровне локтевой ямки отходит общая межкостная артерия (отмечено стрелкой), питающая образование в локтевой ямке – аневризму (отмечено белой стрелкой)

При выполнении ангиограмм артерий и вен верхней конечности определялась полость (аневризма), сообщающаяся с межкостной артерией, расположенная на уровне локтевой ямки. Обращало на себя внимание нетипичное расположение сосудов плеча и предплечья – высокая бифуркация плечевой артерии справа (на уровне верхней трети плеча) (Рис. 1), отхождение межкостной артерии, питающей аневризму, на уровне

средней трети плеча. Кроме того, имелось низкое расположение промежуточной локтевой вены (на уровне средней трети плеча), тогда как в норме – на уровне локтевой ямки (Рис. 2).

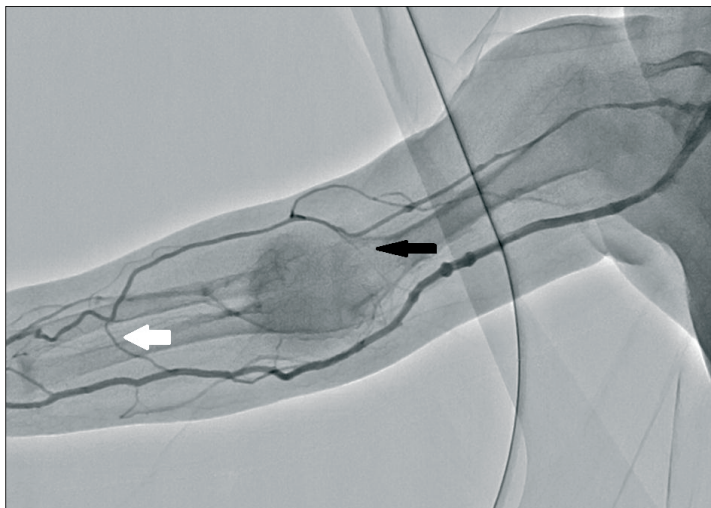


Рис. 2. Визуализация венозной сети правой верхней конечности подэкспертной X. Область локтевой ямки с визуализируемой аневризмой (черная стрелка). Обращает на себя внимание отсутствие венозной сети на уровне локтевой ямки, низкое (на уровне средней трети предплечья) расположение промежуточной локтевой вены (белая стрелка)

Рассматривая генез развития аневризмы, эксперты отметили, что на момент поступления подэкспертной X. в медицинскую организацию при осмотре врачом не было отмечено каких-либо патологических образований в области локтевой ямки, проведение венепункции у ребенка медицинской сестрой в области локтевой ямки также может свидетельствовать об отсутствии какой-либо патологии в указанной области (медицинская сестра перед пункцией должна обнаружить сосуд, из которого в последующем и должна проводиться венепункция, при этом при наличии какой-либо визуальной патологии кожи или сосудов пункция в данной области противопоказана). В дальнейшем, при динамическом наблюдении врачами отмечено значительное увеличение в объеме данного образования: при первом осмотре врачом образование размером с «горошину», а при

ультразвуковым исследованием через месяц – размерами 3,2х2,6х3 см. Какой-либо наследственной патологии, а также иных причин, которые могли бы свидетельствовать о возможном наличии аневризмы до венепункции не имеется. Кроме того, при гистологическом исследовании установлено, что в эпидермисе и дерме имеется некроз вплоть до стенки крупного сосуда, с некрозом и мелкоочаговой лейкоцитарной инфильтрацией стенки, с пристеночным тромбом, что свидетельствует о том, что к развитию аневризмы привело внешнее воздействие (венепункция). На такую возможность указывают и литературные источники (в большинстве случаев причинами аневризм являются травмы) [3, 4]. Таким образом, эксперты констатировали, что к развитию ложной аневризмы у подэкспертной Х. привело медицинское вмешательство (венепункция).

В соответствии с п. 25 «Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (Приложение к Приказу Минхравсоцразвития России N 194н от 24.04.2008), ухудшение состояния здоровья человека рассматривается как причинение вреда здоровью лишь при наличии дефектов оказания медицинской помощи. В данном случае у подэкспертной Х. имелось нетипичное анатомическое расположение артерий области локтевой ямки (высокое разделение плечевой артерии – на уровне верхней трети плеча; подкожное и нетипичное расположение межкостной артерии – на уровне локтевой ямки) и вен (низкое расположение промежуточной локтевой артерии – на уровне средней трети предплечья).

В соответствии с «Технологией выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств» от 01.03.2016, технология выполнения простой медицинской услуги «Взятие крови из периферической вены» не подразумевает проведение каких-либо диагностических исследований (ультразвукового исследования или иного) перед ее проведением, место проведения пункции выбрано правильно, письменное подтверждение согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) не обязательно, так как данное действие не является потенциально опасным для жизни и

здоровья пациента.

Таким образом, медицинская сестра, проводившая пункцию, не могла знать и предвидеть, что пунктируемый ею сосуд является артерией в связи с нетипичным расположением артерий и вен у подэкспертной X. Манипуляция (венепункция) выполнена правильно (результат достигнут – получена кровь).

Ввиду того, что на месте типично расположенной подкожно вены в области локтевой ямки располагалась межкостная артерия, повреждение ее стенки, будучи необходимым для взятия крови, привело к развитию аневризмы, однако, по вышеизложенным причинам, ввиду того, что манипуляция выполнена правильно, результат достигнут, экспертами не установлено наличие каких-либо дефектов при выполнении процедуры – развитие аневризмы межкостной артерии не рассматривается как причинение вреда здоровью.

Литература

1. Белых А.Н., Божченко А.П., Толмачев И.А. Особенности семиотики и методологии медицинской диагностики и связанные с ними причины гносеологических ошибок. Медицинская экспертиза и право. 2016;6:14–19.
2. Божченко А.П., Толмачев И.А., Белых А.Н. Наступление летального исхода вследствие ятрогенного повреждения ветви межреберной артерии при проведении плевральной пункции. Судебно-медицинская экспертиза. 2019;6:58–62.
3. Davis F.M., Eliason J.L., Ganesh S.K. et al. Pediatric nonaortic arterial aneurysms. J. Vasc. Surg. 2016;63:466–476.
4. Sarkar R., Coran A.G., Cilley R.E. et al. Arterial aneurysms in children: clinicopathologic classification. J. Vasc. Surg. 1991;13(1):47–56.

КОМПЕТЕНЦИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТОВ В УСТАНОВЛЕНИИ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННОЙ СВЯЗИ В ЗВЕНЬЯХ КАУЗАЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭКСПЕРТИЗ ПО «ВРАЧЕБНЫМ ДЕЛАМ»

д.м.н., доцент Ю.А. Хрусталева

*Кафедра судебной медицины и медицинского права Военно-медицинской академии
имени С.М. Кирова Минобороны России, Санкт-Петербург*

Аннотация: Существует различное мнение судебных медиков о компетенции при оценке каузальности между действием (бездействием) медицинского работника и неблагоприятным исходом. Возможность оценки причинности судебными медиками между действием (бездействием) медицинского работника и неблагоприятным исходом должна находиться в рамках правового поля. Анализ нормативно-правовых документов, литературных источников по теории уголовного права позволил обосновать, что установление причинно-следственной связи между действиями (бездействием) конкретных медицинских работников при оказании медицинской помощи и наступившими последствиями не входит в компетенцию судебных медиков. Эксперт может характеризовать причинную связь между дефектами при оказании медицинской помощи и возникшими осложнениями (неблагоприятным – летальным исходом).

Ключевые слова: деяние, действие, бездействие, медицинский работник, дефект, причинная связь, неблагоприятные последствия.

COMPETENCE OF FORENSIC MEDICAL EXPERTS IN ESTABLISHING A CAUSAL RELATIONSHIP IN THE LINKS OF CAUSAL DEPENDENCE WHEN PERFORMING EXAMINATIONS ON «MEDICAL CASES»

Y. A. Khrustaleva

*Department of Forensic Medicine and Medical Law of the Military Medical Academy,
Forensic Medicine Department, St. Petersburg*

Summary: There is a different opinion of forensic physicians about competence in assessing the causality between the action (inaction) of a medical worker and an unfavorable outcome. The possibility of assessing causality by forensic doctors between the action (inaction) of a medical worker and an unfavorable outcome should be within the legal framework. The analysis of normative legal documents, literary sources on the theory of criminal law allowed us to substantiate that the establishment of a causal relationship between the actions (inaction) of specific medical workers in the provision of medical care and the consequences that have occurred is not within the competence of forensic physicians. The expert can establish a causal relationship between defects in the provision of medical care and the complications that have arisen (unfavorable - fatal outcome).

Keywords: act, action, inaction, medical worker, defect, causal relationship, adverse consequences.

Введение

Экспертизы по «врачебным делам» занимают определенное место в юридической и экспертной практике. Особую сложность при производстве

таких экспертиз вызывает диагностика причинности [1,2].

Существует различное мнение судебных медиков о компетенции при оценке каузальности между действием (бездействием) медицинского работника и неблагоприятным исходом.

Так, в методических рекомендациях «Порядок проведения СМЭ и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи», утвержденных А.В. Ковалевым, обозначено, что «Наличие или отсутствие причинной (прямой) связи, а также непрямо́й (косвенной, опосредованной) причинной связи между действием (бездействием) медицинского работника и наступлением у пациента неблагоприятного исхода устанавливается экспертной комиссией...» [3, с.20]. Разделяет эту позицию Л.А. Шмаров [4].

Среди судебных медиков имеется и противоположная точка зрения, в соответствии с которой, судебно-медицинской оценке должны подвергаться «проявления неправильных действий либо ошибочного бездействия медработников в организме пациента» [5 с.105; 6].

Возможность оценки причинности судебными медиками между действием (бездействием) медицинского работника и неблагоприятным исходом должна находиться в рамках правового поля.

Цель работы: обоснование компетенции судебно-медицинских экспертов в установлении причинно-следственной связи в звеньях каузальной зависимости при выполнении экспертиз по «врачебным делам».

Методология: проанализированы нормативно-правовые документы, литературные источники по теории уголовного права.

Результаты и их обсуждение

В контексте рассматриваемого вопроса необходимо представить информацию, характеризующую уголовно-правовые аспекты анализа действия (бездействия) медицинского работника при недостатках в оказании медицинской помощи.

Прежде всего следует отметить внесенные изменения в Постановление

Пленума Верховного Суда РФ от 21.12.2010 № 28 (ред. от 29.06.2021) «О судебной экспертизе по уголовным делам»: «Полученное в суде, а также в ходе досудебного производства по уголовному делу заключение эксперта, содержащее выводы о юридической оценке деяния ... не может быть в этой части признано допустимым доказательством и положено в основу судебного решения по делу» [7].

Принимая во внимание внесенные Постановлением Пленума Верховного Суда РФ [8] добавления, в заключении эксперта в выводах не должно быть юридической оценки деяния.

В уголовном кодексе РФ имеются статьи, характеризующие деяние и действия (бездействия).

Основание уголовной ответственности. Основанием уголовной ответственности является совершение деяния, содержащего все признаки состава преступления, предусмотренного настоящим Кодексом [9, статья 8].

Понятие преступления. 1. Преступлением признается виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное настоящим Кодексом под угрозой наказания. 2. Не является преступлением действие (бездействие), хотя формально и содержащее признаки какого-либо деяния, предусмотренного настоящим Кодексом, но в силу малозначительности не представляющее общественной опасности [9, статья 14].

Принцип вины. 1. Лицо подлежит уголовной ответственности только за те общественно опасные действия (бездействие) и наступившие общественно опасные последствия, в отношении которых установлена его вина. 2. Объективное вменение, то есть уголовная ответственность за невиновное причинение вреда, не допускается [9, статья 5].

В соответствии с уголовным правом признаки состава преступления: объект и объективная сторона преступления, субъект и субъективная сторона преступления. Объективная сторона преступления – это совокупность признаков, характеризующих внешнее проявление преступления в реальной действительности, т.е. общественно опасное деяние (действие или

бездействие), общественно опасные последствия, наступившие в результате преступления, и причинная связь между ними. Общественно опасное деяние – это общественно опасное, противоправное и волевое поведение лица. Деяние может быть в форме действия (активное поведение человека) или бездействия (заключается в невыполнении человеком какой-либо ответственности). Общественно-опасное последствие – тот вред, который причиняется преступным деянием [10].

Исходя из представленной информации причинная связь между общественно опасным деянием (действием или бездействием) и общественно опасным последствием является признаком объективной стороны преступления и представляет собой юридическую оценку.

Таким образом, характеристика судебными медиками причинной связи между действиями (бездействиями) медицинских работников и неблагоприятными последствиями это вторжение в юридическую плоскость.

Наличие в выводах экспертного документа оценки причинной связи между действиями (бездействиями) медицинских работников и неблагоприятными последствиями характеризует выход судебного медика за пределы своей компетенции, предопределяет признания заключения в этой части не допустимым доказательством.

Несмотря на указание на то, что вопросы, поставленные перед экспертом, и заключение по ним не могут выходить за пределы его специальных знаний [7], нередко перед судебными медиками ставится вопрос о характеристике причинной связи между действиями (бездействием) медицинских работников и наступлением неблагоприятных последствий [1,2].

Ответ на такой вопрос может быть следующим. Установление причинно-следственной связи (объективной стороны состава преступления) между действиями (бездействием) конкретных медицинских работников при оказании медицинской помощи гр. А. и наступившими последствиями не входит в компетенцию судебно-медицинской экспертной комиссии и может

быть выполнено следственным путем.

Как правило, между деянием медицинских работников и наступившими последствиями в каузальной зависимости, имеется несколько звеньев причинно-следственной связи. Какую же причинно-следственную связь может оценивать судебный медик в рамках своей профессиональной компетенции?

Согласно профессиональному стандарту «врача – судебно-медицинского эксперта» судебно-медицинский эксперт должен уметь «...устанавливать наличие причинной связи между повреждениями и наступлением смерти», знать «методику судебно-медицинской экспертизы дефектов оказания медицинской помощи» [11].

В Трудовом кодексе Российской Федерации отмечено, что профессиональный стандарт – это «характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности, в том числе выполнения определенной трудовой функции» [12, статья 195.1].

С учетом характеристики квалификации судебного медика, указанной в профессиональном стандарте «врача – судебно-медицинского эксперта», эксперт может устанавливать причинную связь между возникшими в процессе неправильного лечения (диагностики) дефектами и возникшими осложнениями (неблагоприятным – летальным исходом).

Выводы

При решении вопросов в уголовном судопроизводстве о неправильной диагностике и лечении, между деяниями медицинских работников и неблагоприятными последствиями судебно-следственными органами должна быть установлена причинная связь.

Определение причинно-следственной связи между действиями (бездействием) конкретных медицинских работников при оказании медицинской помощи и наступившими последствиями не входит в компетенцию судебных медиков.

Эксперт может характеризовать причинную связь между дефектами при оказании медицинской помощи и возникшими осложнениями (неблагоприятным – летальным исходом).

Литература

1. Зиненко Ю. В., Сергеева О. В. Проблемы назначения комиссионных судебно-медицинских экспертиз по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи. Криминалистика: вчера, сегодня, завтра. 2021; 18(2):38-46.

2. Буряева С. К. Ответственность медицинского работника: проблемы теории и судебной практики. Вестник Бурятского государственного университета. 2020;3:16-23.

3. Ковалев А.В. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи: методические рекомендации (2-е издание, переработанное и дополненное). М.: ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России, ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России. 2017; 29.

4. Шмаров Л.А. Проблемы причинности в судебно-медицинских экспертизах по «врачебным делам». Судебно-медицинская экспертиза. 2021;64(1):5-11.

5. Калинин Р. Э. Судебно-медицинская оценка причинно-следственной связи при проведении комиссионных экспертиз по материалам «врачебных дел». Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. Хабаровск : Ред.- изд. центр ИПКСЗ, 2018;17:104-106.

6. Калинин Р.Э., Баринов Е.Х., Комиссарова Я.В. Подмена понятий и компетенций в заключениях судебно-медицинских экспертов по «Врачебным делам» Как негативная тенденция. Вестник Университета имени О.Е.Кутафина (МГЮА). 2021;2:132-139.

7. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 21.12.2010 № 28 (ред. от 29.06.2021) «О судебной экспертизе по уголовным делам» [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: [http:// www.consultant.ru/ document/cons_doc_LAW_108437/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_108437/) (дата обращения 13.02.2022).

8. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 29.06.2021 № 22 «О внесении изменений в отдельные постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации по уголовным делам» [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: [http:// www.consultant.ru/ document/cons_doc_LAW_388946/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_388946/) (дата обращения 13.02.2022).

9. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред.от 28.01.2022) [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: // www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/ (дата обращения 13.02.2022).

10. Скворцова С.А. Уголовное право. Общая часть: Учебное пособие (4-е издание). М. : ИЮР: ИНФРА-М.2010; 79.

11. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ № 144 н от 14 марта 2018 г. «Об утверждении профессионального стандарта «Врач - судебно-медицинский эксперт»». Профессиональный стандарт «врача – судебно-медицинского эксперта» [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://base.garant.ru/71916228/> (дата обращения 13.02.2022).

12. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 22.11.2021) [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683/ (дата обращения 13.02.2022).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОСТАВА КОМИССИИ ПО ПРОИЗВОДСТВУ СМЭ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

С.В. Шепелев

*Следственное управление Следственного комитета Российской Федерации по
Удмуртской Республике, г. Ижевск, Удмуртская Республика*

Аннотация: В статье описываются проблемные вопросы определения состава комиссии по производству судебно-медицинской экспертизы. Применительно к расследованию преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи автором обосновываются предложения о привлечении следователями к определению состава комиссии - ведомственных экспертов ФГКУ «Судебно-экспертный центр Следственного комитета Российской Федерации», а в случае производства экспертизы в системе учреждений Минздрава России - подразделения криминалистики региональных следственных управлений СК России. Отделы криминалистики могут выполнять методико-организационную функцию в процессе взаимодействия следователя и экспертных учреждений через реализацию соглашений с региональными органами в сфере здравоохранения, которые в свою очередь могут быть привлечены для подбора узких специалистов в состав комиссии по производству СМЭ.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза; ненадлежащее оказание медицинской помощи; следователь-криминалист; эксперт; специалист; взаимодействие.

DETERMINATION OF THE COMMISSION FOR THE PRODUCTION OF EXPERTISE TO POOR-QUALITY MEDICAL CARE

S.V. Shepelev

*Investigative Department of the Investigative Committee of the Russian Federation for
the Udmurt Republic, Izhevsk, Udmurt Republic*

Summary: The article describes the problematic issues of determining the commission for the production of forensic medical examination. The author proposes to involve departmental experts in determining the composition of the commission - the Forensic Expert Center of the Investigative Committee of the Russian Federation and the criminalistics units of the regional investigative departments of the IC of Russia. Criminology departments can perform a methodological and organizational function in the process of interaction between the investigator and expert institutions through the implementation of agreements with regional health authorities, which in turn can be involved in the selection of narrow specialists in the commission for the production of expertise.

Keywords: forensic medical examination; improper provision of medical care; forensic investigator; expert; specialist; interaction..

Судебная экспертиза является важнейшей процессуальной формой применения специальных познаний в судопроизводстве, в результате чего в распоряжении следствия и суда оказывается новая информация, имеющая доказательственное значение, которая не может быть получена другими

процессуальными средствами [1].

Согласно информации Российского центра судебно-медицинской экспертизы, в последние годы сохраняется тенденция к увеличению числа проводимых судебно-медицинских экспертиз, связанных с дачей оценки качества оказания медицинской помощи [2].

Такая ситуация объясняется активной позицией как следственных органов, так и граждан в связи с повышением ответственности медицинских работников за ненадлежащее оказание медицинской помощи и жалобами граждан в следственные органы.

Данная тенденция была характерна и для Удмуртской Республики и представлена в таблице 1.

Таблица 1. Экспертизы, проведенные БУЗ Удмуртской Республики «Бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» за период 2016-2021

Показатели	годы					
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Всего экспертиз	222	233	250	252	275	267
Экспертизы по уголовным делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи	81 36,48%	99 44,39%	120 48%	125 49,6%	66 24%	68 25,47%

Необходимо отметить, что начавшееся с 2020 года снижение числа проведенных региональным бюро БСМЭ экспертиз по уголовным делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи обусловлено в первую очередь изданием ведомственного указания Следственного комитета Российской Федерации [3] в целях исполнения которого региональное следственное управление реформировало деятельность по назначению экспертиз в других регионах в связи с активной позицией потерпевшей стороны.

При расследовании уголовных дел по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи в обязательном порядке проводится экспертиза, именуемая в большинстве случаев комиссионной судебно-медицинской

экспертизой (далее по тексту – КСМЭ), которая исследует фактические данные об обстоятельствах происшествия, устанавливаемые на основе специальных медицинских знаний.

Задачи КСМЭ состоят в выявлении: механизма процесса оказания медицинской помощи потерпевшему 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 [4]; способа допущения дефекта медицинской помощи; времени возникновения, развития и обнаружения ятрогении, степени её тяжести; характера и результативности действий по устранению ятрогенных последствий; отражения на качестве оказанной медицинской помощи ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей [5]; непосредственной причины наступления неблагоприятного исхода оказанной медицинской помощи [6]; причинно-следственной связи между факторами, детерминировавшими наступление неблагоприятного исхода медицинской помощи; степени тяжести вреда, причиненного пациенту.

Следователи, как правило, не в полном объеме в силу как объективных (загруженность), так и субъективных факторов (недостаточный опыт расследования таких уголовных дел) имеют представление о всех перечисленных задачах, в связи с чем решение вопроса об определении состава комиссии по производству СМЭ ненадлежащего оказания медицинской помощи целесообразно решать с привлечением сведущего лица, коим в большинстве случаев в настоящее время выступает руководитель экспертного учреждения.

Как правило, экспертизы качества оказания медицинской помощи проводятся в судебных экспертных учреждениях Минздрава России, обычно

в региональных бюро СМЭ. В ходе настоящего исследования автором изучено 278 экспертиз, проведенных в различных бюро СМЭ в системе Минздрава России. Экспертиза в большинстве случаев проводится в комиссионном порядке (81% экспертиз), причем, если это требуется, к производству экспертизы привлекаются специалисты соответствующего профиля, не являющиеся сотрудниками экспертного учреждения (68% экспертиз).

Вместе с тем, ситуация начала меняться со второй половины 2020 года, когда состоялось открытие ФГКУ «Судебно-экспертный центр Следственного комитета Российской Федерации», в котором проводятся более 20 видов экспертиз, среди которых и судебно-медицинские.

Очевидно, что следователю СК России выбор экспертного учреждения необходимо начинать с ведомственного судебно-экспертного центра, и здесь вопрос о привлечении сведущего лица не ставится, ввиду непосредственного контакта со штатными экспертами. При получении положительного согласования задача производства экспертизы может быть реализована в двух плоскостях. Экспертиза может быть произведена экспертом, состоящим в штате учреждения с дислокацией в другом субъекте Российской Федерации относительно места производства предварительного следствия либо ее производство будет поручено руководством ФГКУ «Судебно-экспертный центр Следственного комитета Российской Федерации» эксперту, состоящему в штате учреждения, но дислоцирующемуся по месту нахождения конкретного следственного управления СК России по субъекту Российской Федерации.

Выбор экспертного учреждения в системе Минздрава России в настоящее время из сложившейся практики зависит в большинстве случаев от позиции потерпевшего. В случае, если потерпевший, либо его представитель ходатайствуют о проведении КСМЭ в другом регионе и приводят доводы, свидетельствующие о возможной заинтересованности местных экспертов, то, как правило, такое ходатайство удовлетворяется.

Указание Следственного комитета Российской Федерации [3] ориентирует следователя, что в случае если потерпевший (представитель) не согласен с назначением экспертизы по месту совершения преступления, и имеются основания полагать, что может иметь место заинтересованность экспертов в результатах экспертизы, в целях объективности расследования и защиты прав и законных интересов потерпевшего (потерпевших) принимать меры к назначению комиссионной судебно-медицинской экспертизы экспертам отделений сложных экспертиз региональных ГБУЗ «Бюро СМЭ» иных субъектов Российской Федерации, граничащих с субъектом, в котором совершено преступление.

В сфере оказания медицинской помощи в большинстве случаев имеет место не простое, а системное причинение вреда. Связано это, прежде всего с тем, что медицинская помощь оказывается несколькими медицинскими работниками из разных отделений медицинской организации на фоне организационных особенностей конкретной медицинской организации. Часто преобладают дефекты организации медицинской помощи, которые в части случаев выступают в качестве основной причины неблагоприятного исхода болезни. Поэтому оценивать медицинскую помощь и ее дефекты в отрыве от организационных аспектов крайне неверно.

Соответственно одной из основных организационных проблем производства СМЭ ненадлежащего оказания медицинской помощи, в том числе обуславливающих их длительность, является необходимость привлечения в состав комиссии не находящихся в штате государственных судебно-медицинских экспертных учреждений высококвалифицированных постоянно практикующих специалистов клинического профиля, работающих в медицинских организациях системы здравоохранения и в учреждениях высшего профессионального медицинского образования [7]. Нередко сотрудники медицинских организаций узкой специализации, привлекаемые в качестве экспертов, являются единственными внештатными специалистами системы здравоохранения, список которых имеется на сайтах региональных

органов управления здравоохранением.

Привлечение узких специалистов к производству экспертизы требует безусловно отдельной научной проработки. Врач-эксперт узкой специализации, не состоящий в штате экспертного учреждения, должен быть определен следователем до поступления постановления и материалов дела руководителю экспертного учреждения. Вместе с тем, исходя из имеющихся результатов анкетирования привлечение для производства экспертизы узких специалистов (хирургов, травматологов, анестезиологов, инфекционистов и др.) в 57% случаев обеспечивалось руководителем бюро СМЭ, в 43% случаев непосредственно следователем. Ряд следователей не учитывают, что в штате экспертного учреждения состоят врачи — судебно-медицинские эксперты, медицинские работники иной специализации осуществляют трудовую функцию в иных медицинских учреждениях и не подчиняются организационно и юридически руководителю регионального учреждения БСМЭ, какие-либо административно-правовые механизмы воздействия на них со стороны руководителя экспертного учреждения отсутствуют.

Практическую и методическую помощь в определении состава комиссии по производству СМЭ ненадлежащего оказания медицинской помощи в системе Минздрава России могут выполнять, по нашему мнению, подразделения криминалистики региональных следственных управлений СК России, история которых ведется с 19 октября 1954 года. Именно тогда Генеральным прокурором СССР Романом Андреевичем Руденко было подписано Указание № 3/195 «О работе прокурора-криминалиста».

Профессиональный стандарт следователя криминалиста в системе Следственного комитета Российской Федерации включает криминалистическое сопровождение производства предварительного расследования (производство предварительного расследования) преступлений. В этой части трудовая функция следователя-криминалиста сводится, в том числе к подготовке и производству обыска, выемки, следственного эксперимента, проверки показаний на месте, первоначального

следственного осмотра, повторного следственного осмотра, дополнительного следственного осмотра, подготовке и назначению экспертиз [8].

Таким образом, методико-организационную функцию в процессе взаимодействия следователя и экспертных учреждений при определении состава комиссии по производству СМЭ ненадлежащего оказания медицинской помощи может выполнять отдел криминалистики регионального следственного управления СК России, ответственный за реализацию соглашений с региональными органами в сфере здравоохранения, которые в свою очередь могут быть привлечены для подбора узких специалистов в состав комиссии по производству СМЭ.

Организация взаимодействия следователя-криминалиста и сведущих лиц из числа сотрудников региональных органов здравоохранения на стадии определения состава комиссии является, по сути, последним этапом в организации расследования такой категории преступлений как некачественное оказание медицинской помощи, по результатам которого следователь устанавливает не только наличие факта дефекта оказания медицинской помощи, но и состояние его в прямой причинно-следственной связи с наступившими последствиями.

Литература

1. Зинин А.М. Судебная экспертиза/А.М. Зинин, Н.М. Майлис. М. 2002.
2. Ковалев А. В. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи: методические рекомендации / А. В. Ковалев. —2-е изд., перераб. и доп. — М.: ФГБУ «РЦСМЭ», 2017.
3. Указание Следственного комитета Российской Федерации от 17.05.2019 № 4/201 «О дополнительных мерах по усилению контроля за назначением судебных экспертиз по уголовным делам о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи (медицинской услуги)» // СПС Консультант плюс.
4. Пашинян Г.А., Ившин И.В. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. М.: Медицинская книга, 2006: 55-64.
5. Веселкина О.В. Экспертные ошибки при квалификации дефектов медицинской помощи, причинивших вред здоровью / О.В. Веселкина // Медицинское право: теория и практика. 2016. Т. 2. № 2 (4): 55 - 60.

6. Сумин С.А. Юридические последствия неблагоприятного исхода лечения / С.А. Сумин // Анестезиология и реаниматология. 2018. № 1: 4 - 8.

7. Шульга И. П. Особенности проведения судебно-медицинской экспертизы в случае ненадлежащего оказания медицинской помощи / И.П. Шульга, В.В. Бадяев // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. — 2018. — № 17: 227—231.

8. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 23 марта 2015 г. № 183н «Об утверждении профессионального стандарта «Следователь-криминалист» // СПС Консультант плюс.

РОЛЬ ПРОФЕССОРА С.В. ЕРОФЕЕВА В ИЗУЧЕНИИ ЭКСПЕРТНО-ПРАВОВЫХ АСПЕКТОВ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

д.м.н., Ю.Ю. Шишкин^{1,2}, А.Ю. Бурлакова², С.Ю.Бурлаков²

¹ОБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Ивановской области», Иваново

²ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново

Аннотация: Освещены этапы и основные направления деятельности профессора С.В. Ерофеева в области медицинского права. Оценен огромный вклад ученого в развитие учебно-методического и научно-практического обеспечения в исследовании неблагоприятных исходов медицинского вмешательства. Деятельность Национальной Ассоциации медицинского права и Национального Института Медицинского Права, вице-президентом которого являлся профессор С.В. Ерофеев, С.В. Ерофеев заместитель главного редактора федерального научно-практического журнала «Медицинское право». Профессор С.В.Ерофеев свыше 20 лет посвятил изучению аспектов ненадлежащего оказания медицинской помощи, систематизировал материал и разработал инструменты изучения проблемы, предложил пути решения.

Ключевые слова: медицинское право, медицинские работники, права пациентов, правовые знания, качество медицинской помощи.

THE ROLE OF PROFESSOR S.V. EROFEEV IN THE STUDY OF EXPERT LEGAL ASPECTS OF IMPROPER MEDICAL CARE

Yu. Yu. Shishkin^{1,2}, A. Yu. Burlakova², S. Yu. Burlakov²

¹RBI «Bureau of Forensic Medical examination of the Ivanovo region», Ivanovo

²FSBEI HE IvSMA MOH Russia, Ivanovo

Summary: The stages and main directions of Professor S.V. Erofeev's activity in the field of medical law are highlighted. The huge contribution of the scientist in the development of educational, methodological and scientific-practical support in the study of adverse outcomes of medical intervention is evaluated. The activities of the National Association of Medical Law and the National Institute of Medical Law, whose Vice-President is Professor S.V.Erofeev. S.V. Erofeev, Deputy Chief Reactor of the Federal scientific and Practical journal «Medical Law». Professor S.V.Erofeev has devoted more than 20 years to the study of aspects of inadequate

medical care, systematized the material and developed tools for studying the problem, and suggested solutions.

Key words: *medical law, health care professionals, patients' rights, legal knowledge, quality of medical care*

Особого внимания в сфере изучения проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи заслуживают фундаментальные исследования С.В. Ерофеева, воплотившиеся в его докторской диссертации [1]. Для установления степени влияния условий оказания медицинской помощи на реализацию причины неблагоприятного исхода в медицинской практике были изучены материалы 364 комиссионных судебно-медицинских экспертиз, проведенных по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи (ОМП) из 7 субъектов Центрального округа РФ. Под руководством С.В. Ерофеева была создана компьютерная программа, в базе данных которой произведена регистрация и статистический анализ наиболее важных условий, оказывающих влияние на качество лечебно-диагностического процесса; изучена частота проявления двух видов условий: объективных факторов, влияющих на реализацию неблагоприятного исхода (ОФВНИ), и субъективных препятствий ОМП со стороны больного (СПБ). Первоначальный перечень ОФВНИ, установленный при анализе литературы, в процессе исследования был дополнен, для каждого из факторов определены достаточно устойчивые границы колебания долей (по всему массиву данных):

- 1) редкость заболевания (повреждения) – 7,9–8,6%;
- 2) атипичность, (бессимптомность) течения болезни – 9,9–15,0%;
- 3) естественный (индуцированный) патоморфоз – 6,3–9.7%;
- 4) сочетание или конкуренция нозологических форм – 10,9–13,2%;
- 5) тяжелое (бессознательное) состояние больного – 13,5–14,0%;
- 6) кратковременность пребывания в ЛПУ – 5,6–6,9%;
- 7) отсутствие условий оказания помощи в ЛПУ – 1,6–6,3%;
- 8) тяжесть заболевания (повреждения) – 14,6–17,5%;
- 9) полиморбидность – 7,6–11,2%,

10) аллергические реакции – 2,5–4,3%;

11) избыточный вес – 4,3–4,4%;

12) хронические инфекции – 2,5–4,6%.

Для экспертной и клинической оценки могла иметь значение не только частота наблюдения этих особенностей у больных (в 62,1–72% случаев), но и показатель интенсивности – среднее число ОФВНИ у 1 больного: особенности патологического процесса отмечались судебно-медицинской экспертной комиссией (СМЭК) обычно в комплексе. Последнее свидетельствует в пользу не случайного установления их у больного, а закономерности в проявлении объективных сложностей оказания медицинской помощи. Значимость того или иного ОФВНИ оценена по частоте встречаемости при случаях надлежащей и ненадлежащей помощи.

Значительно чаще других при ненадлежащей помощи комиссией отмечена атипичность течения заболевания (19%), а наиболее редко и реже, чем в среднем, – тяжесть заболевания и тяжесть состояния больного. Это позволяет считать, что СМЭК чаще не относят атипичность патологии к факторам, имеющим «оправдательное» значение. Наоборот, вторая группа ОФВНИ, которая редко встречается при ненадлежащей, и часто – при надлежащей помощи, должна иметь реабилитирующее значение. Логика этих рассуждений важна не только для понимания «механизма» работы СМЭК, но и для оценки критериев, которые избирают комиссии в исследуемом регионе. Значимость ОФВНИ для экспертной оценки случая подчеркивалась и динамикой показателей удельного количества их у 1 больного: при дефектном оказании МП этот показатель (1,40) достоверно ниже среднего (1,55), а при надлежащей помощи – несколько выше (1,57). ОФВНИ с разной частотой отмечались комиссиями при противоположных по качеству видах оказания медицинской помощи. Во-первых, это позволяет считать, что сам факт указания комиссией на ОФВНИ (без оценки конкретных обстоятельств) не имеет значения для констатации особо сложных условий оказания помощи. Во-вторых, только по относительной частоте встречаемости можно

определить ОФВНИ, свидетельствующие об объективных сложностях МП.

Практическое междисциплинарное значение имеет выявление автором признаков превалирования гражданской ответственности при медицинских происшествиях над уголовной. Приведенное в работе обоснование позволяет согласиться с прогнозом о прогрессировании этого процесса. Дефектура совместной работы судебно-следственных органов и бюро СМЭ изложена в традиционном плане, однако автором отмечены новые и практически значимые виды дефектов. Несомненное значение для практики должны иметь дифференциальные признаки надлежащей и ненадлежащей медицинской помощи, различных видов причинно-следственных отношений, которые констатируются комиссиями. Принципиально важно в практическом отношении, что в работе дана количественная характеристика частоты различных параметров неблагоприятного медицинского исхода, что может служить средством для объективизации выводов. Предложение возложить сбор основной информации о медицинских инцидентах на Бюро СМЭ не вызывает существенных возражений, и при заинтересованном взвешенном анализе этой информации вполне может явиться основанием для поднятия престижа судебно-медицинской службы в регионе. Тем более что автором разработана компьютерная программа для реализации этого предложения. Научная новизна исследования определена современным методическим подходом для анализа больших объемов формализованной информации, использованием современных технических средств, изучением нового экспертного материала в период обновления различных сфер здравоохранения и в регионе с опережающим развитием новых организационно-правовых форм в медицине. Новизной отличаются фрагменты работы, где систематизируется изучаемый материал: о судебно-медицинской классификации неблагоприятных исходов, об особенностях патологии и типичных особенностях поведения больного, влияющих на результат оказания медицинской помощи. Принципиальной новизной отличаются положения о роли и признаках объективности заключений в

государственных Бюро СМЭ по сравнению с другими видами медицинских экспертиз. Значительный объем экспертного материала, подвергнутого детальному анализу со статистическим обоснованием выводов, возможность сохранения и предоставления информации в разных вариантах подтверждают достоверность результатов исследования. Дана статистическая характеристика дефектов оказания МП, обоснованы экспертные критерии для объективной медико-юридической оценки МП; установлена частота особенностей субъективной и объективной сторон медицинского происшествия; даны предложения по изменению терминологии для однозначной объективной медико-юридической оценки инцидентов. Практические рекомендации по предупреждению дефектов для ЛПУ, Бюро СМЭ и правоохранительных органов в виде информационных писем; компьютерная программа MEDI, адаптированная для использования в БСМЭ, ЛПУ, органах управления здравоохранением.

Избранные результаты диссертационного исследования Ерофеева С.В., выполненного по материалам комиссионных судебно-медицинских экспертиз случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи, используются при изложении курса лекций и в процессе семинаров на кафедрах судебной медицины и медицинского права ряда ВУЗов.

Монография С.В. Ерофеева, подготовленная совместно с Ю.Д. Сергеевым, является одним из первых изданий, в котором комплексно, на значительном материале судебно-медицинских экспертиз проанализированы экспертные, клинические и медико-юридические аспекты оценки неблагоприятных исходов в медицинской практике [2]. Дана статистическая характеристика дефектов оказания медицинской помощи, особенностей субъективной и объективной сторон медицинского происшествия. Приведены практические рекомендации по оптимизации методики комиссионных судебно-медицинских экспертиз, предупреждению ятрогений и организации мониторинга случаев негативной оценки пациентами качества медицинской помощи.

Особым этапом, оказавшим огромное влияние на развитие медицинского права в России, стало создание в 2000 году Национальной Ассоциации медицинского права (НАМП), а затем ее правопреемника – Национального Института Медицинского Права (НИМП), президентом которого является Ю.Д. Сергеев. Вице-президентом НИМП становится профессор С.В. Ерофеев. Одним из основных направлений деятельности НИМП является организация и проведение научно-практических мероприятий: Всероссийских съездов, конференций, научно-практических симпозиумов. В июне 2003 года в г. Москве был проведен I Всероссийский съезд (Национальный конгресс) по медицинскому праву [3]. В соответствии с Резолюциями съездов регулярно проводятся крупные национальные форумы. В г. Москве проведены II, III, IV и V Всероссийские съезды (Национальные конгрессы) по медицинскому праву (соответственно в 2005, 2007, 2009 и 2013 годах). Всероссийские научно-практические конференции по медицинскому праву и биоэтике прошли в крупных регионах России (2004 г. – Самара, 2006 г. – Новосибирск, 2008 г. – Суздаль, в 2010 г. – Санкт-Петербург, 2011 г. – Казань, 2015 г. – Ярославль). Все форумы проводились с международным участием и изданием фундаментальных «Сборников научных трудов» (под редакцией Ю.Д. Сергеева). Традиционно, ежегодно (в феврале-месяце), сотрудниками кафедры и Бюро СМЭ проводится Межрегиональная научно-практическая конференция «Проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи (экспертно-правовые вопросы)».

В 2003 году вышел в свет тиражом более 1000 экземпляров федеральный научно-практический журнал «Медицинское право» (главный редактор профессор Ю.Д. Сергеев), на страницах которого юристы и врачи, разрабатывающие отдельные темы фундаментальных и прикладных исследований в рамках новой науки – медицинского права России получили возможность вести профессиональные дискуссии. Журнал востребован, пользуется заслуженным авторитетом в среде медицинской и юридической

общественности, заслужил профессиональные награды, включен ВАК РФ в «Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны публиковаться научные результаты диссертационных исследований», причем, одновременно и по медицине, и по правовым наукам.

Национальная Ассоциация медицинского права активно поддерживает международные связи. В 2000 году впервые представитель России (проф. Ю.Д. Сергеев) на заседании Генеральной Ассамблеи Всемирной ассоциации медицинского права (WAML) был избран в Совет директоров этой авторитетной международной организации. Делегации НАМП принимали активное участие в работе Всемирных Конгрессов по медицинскому праву в городах: Хельсинки (Финляндия), Маастрих (Голландия), Сидней (Австралия), Тулуза (Франция), Пекин (Китай), Загреб (Хорватия), Массео (Бразилия), о. Бали (Индонезия). В 2004 году С.В.Ерофеев принял непосредственное участие в организации работы Всемирного Конгресса в Сиднее [4, 5].

В качестве заместителя главного редактора федерального научно-практического журнала «Медицинское право» С.В. Ерофеев проводил редактирование и рецензирование статей для номеров журнала. В качестве редактора сборника научных трудов нескольких Всероссийских съездов по медицинскому праву проводил сбор, редактирование, рецензирование, частичную электронную верстку и отправку в печать статей.

Одним из первых профессор С.В.Ерофеев предложил использование компьютерных технологий при оценке качества медицинской помощи [6]. В последующем, для объективной оценки объектов изучения им были предложены методы трехмерного моделирования и сканирования [7].

О значительном научно-методическом вкладе профессора С.В.Ерофеева также свидетельствуют его многочисленные плодотворные участия в мероприятиях посвященных качеству оказания медицинской помощи от международного до регионального уровня. Проводил

модерирование пленарных заседаний и выступал с докладами на Международном Форуме по медицинскому праву 30.05 – 01.06.2019 г. в Санкт-Петербурге. Являлся участником Круглого Стола в Государственной Думе («Медицина и право. Врач и пациент». Москва, 18.02.2019 г.). Организация выездного семинара и мастер-класса «Современные особенности уголовного и гражданского процесса в отношении медицинских работников» (Волгоград, 15.02.2019 г.). Всероссийская конференция «Проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи» (участие в составе оргкомитета, модерирование, выступление с докладами) – Москва, 22–23.11.2018 г. VIII Всероссийский съезд судебных медиков (доклад) – Москва, 21–23.11.2018 г. VI Всероссийская конференция с международным участием «Перинатальная медицина: к здоровому материнству и детству» (проведение мастер-класса, выступление с докладами) – Санкт Петербург, 07–09.02.2019 г. II Общероссийский семинар «Репродуктивный потенциал России» (проведение мастер-класса) – Сочи, 08-11.09.2019 г. Межрегиональный научно-практический симпозиум «Вопросы теории и практики судебной медицины» (выступление в докладами) – Нижний Новгород, 04-05.10.2019 г. Межрегиональный научно-практический симпозиум «Вопросы организации судебно-медицинских экспертиз» (2 доклада) – Саранск, 14.12.2018 г. Межрегиональная (ЮФО) конференция – семинар «Качества безопасности и экспертно-правовые аспекты медицинской деятельности». Краснодар, Перинатальный центр. 05–07.07.2018 г. (2 мастер-класса). Семинар в Институте Управления правительства г. Москвы «Уголовная и гражданская ответственность медицинских работников» Мастер-класс, Москва, 26.06.2018 г. Всероссийский научно-практический круглый стол в Государственной Думе, 23.04.2019 г. «Об проблемах судебно-экспертной деятельности». Межрегиональная конференция «Актуальные вопросы судебной медицины», Суздаль, 24-25.04.2019 г. (Волгоград, Тула, Кострома, Тверь, Владимир, Ярославль, Ивановское БСМЭ, Республика Мордовия, Нижний Новгород).

Кроме того, неоднократно выступал с докладами на заседаниях Правления Ассоциации врачей Ивановской области и участвовал в координационных совещаниях с правоохранительными органами по проблемам ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Профессор С.В.Ерофеев свыше 20 лет посвятил изучению аспектов ненадлежащего оказания медицинской помощи. Своими трудами он систематизировал материал и разработал инструменты изучения проблемы, раскрыл механизмы и закономерности, заложил фундаментальные основы направлений исследований, предложил пути решения и развития темы.

Литература

1. Ерофеев С.В. Судебно-медицинская экспертиза неблагоприятных исходов при оказании медицинской помощи: дис. докт. мед. наук. — М., 2000.
2. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. – Москва – Иваново. - 2001.
3. Ерофеев С.В., Сергеев Ю.Д. Ненадлежащее оказание медицинской помощи – актуальная медико-юридическая проблема. – В кн.: Научные труды I Всероссийского съезда (Национального Конгресса) по медицинскому праву (том 1). Россия, Москва, 25 – 27 июня 2003г. – М.: НАМП, 2003, с.17-20.
4. Erofeev S.V., Sergeev U.D. Unfavorable outcome of the medical Care: Reculiarities of the Problem in Coutemporary Russia. – 15 th World Congress on medical Law. Sydney, 2004.
5. Erofeev S.V., Vinitzkaya I.M. Negligence in medical Services AS a Condition For Liability of medical Professionals. – 15 World Congress on medical Law. Sidney, 2004.
6. Шишкин Ю.Ю., Ерофеев С.В. Применение компьютерных технологий при судебно-медицинской экспертизе в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи. Научные труды I Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву [Текст] / Нац. Ассоц. мед. права; под ред. Ю. Д. Сергеева. - М.: НАМП, 2003 / Ю. Ю. Шишкин, С. В. Ерофеев. - С. 238-241
7. Ерофеев С.В., Шишкин Ю.Ю., Федорова А.С. Использование 3D компьютерных технологий в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи. Медицинское право: теория и практика. М.: Национальный институт медицинского права, 2017. Том 3. № 2 (6). 586 с. 176-180.

АНАЛИЗ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ, КАСАЮЩИЕСЯ ОЦЕНКИ ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

к.м.н. Л.А.Шмаров

Российский центр судебно-медицинской экспертизы Минздрава России, Москва

Аннотация: В последние годы отмечается значительный рост количества так называемых «врачебных дел». Рост количества подобного рода дел закономерно влечёт за собой рост количества выполняемых судебно-медицинских экспертиз. Так как конечной целью выполнения судебно-медицинской экспертизы является ответы на поставленные вопросы, было предположено, что имеется разброс в ответах на различные вопросы. Для проверки этой гипотезы исследованы ответы, которые формулируют комиссии экспертов на самые очевидные вопросы, касающиеся оценки правильности оказания медицинской помощи. Основными методами исследования были аналитический и статистический, в результате чего были получены данные о частоте ответов в различных клинических ситуациях.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, врачебное дело, комиссия экспертов, недостаток оказания медицинской помощи.

ANALYSIS OF ANSWERS TO QUESTIONS CONCERNING THE ASSESSMENT OF MEDICAL CARE PROVIDED

L.A. Shmarov

Federal Center of Forensic Medical Expertise Russian Ministry of Health, Moscow

Summary: In recent years, there has been a significant increase in the number of so-called «medical cases». The increase in the number of such cases naturally entails an increase in the number of forensic medical examinations performed. Since the ultimate goal of performing a forensic medical examination is to answer the questions posed, it was assumed that there is a variation in the answers to various questions. To test this hypothesis, the answers that the expert commissions formulate to the most obvious questions concerning the assessment of the correctness of medical care were examined. The main research methods were analytical and statistical, as a result of which data on the frequency of responses in various clinical situations were obtained.

Keywords forensic medical examination, medical practice, expert commission, lack of medical care.

В настоящее время многие авторы отмечают постоянный рост как поступления материалов «врачебных дел», то есть, уголовных дел, возбуждённых в отношении медицинских работников по факту ненадлежащим образом оказанной медицинской помощи, материалов гражданских дел по искам граждан к медицинским организациям, так и выполняемым по такого рода делам судебно-медицинских экспертиз [1–3]. Конечным итогом выполнения любой судебно-медицинской экспертизы, в

том числе и по материалам «врачебных дел», являются выводы, то есть ответы на поставленные в определении или постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы вопросы.

В этой связи целью настоящей статьи является изучение ответов, которые формулируют комиссии экспертов.

Объектами исследования явились заключения судебно-медицинских экспертиз, выполненные по материалам «врачебных дел».

При всём многообразии и множестве вопросов, ставящихся на разрешение комиссии экспертов при вынесении постановления или определения, можно выделить четыре основных, о которых высказывались как судебные медики, так и юристы [4, 5]. Суммируя мнения различных авторов, а также положения действующего законодательства, это такие вопросы, как:

- правильно ли оказана медицинская помощь, допущены ли при этом какие-либо недостатки;

- имеется ли причинно-следственная связь между выявленными недостатками в оказании медицинской помощи и наступлением неблагоприятного исхода;

- какова тяжесть вреда, причинённого здоровью человека выявленными недостатками в оказании медицинской помощи;

- возможно ли наступление благоприятного исхода при условии недопущения недостатков в оказании медицинской помощи.

Для оценки частоты постановки указанных четырёх вопросов были изучены 597 постановлений и определений, по которым были выполнены судебно-медицинские экспертизы в период с сентября 2008 г. по декабрь 2021 года, которые содержались в материалах, поступивших в ФГБУ «Российский Центр судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – РЦСМЭ) в период с апреля 2011 г. по январь 2022 г.

Из 597 заключений, 98 были выполнены по материалам гражданских

дел по искам к медицинским организациям (16,4% от всех анализируемых заключений), 163 выполнено по материалам доследственных проверок (27,3%) и 336 по материалам уголовных дел (56,3%).

Также, из 597 заключений, 550 были выполнены в Государственных судебно-медицинских экспертных учреждениях (далее – ГСМЭУ), 47 в коммерческих экспертных организациях.

Таблица 1. Частота постановки вопросов в определениях и постановлениях о назначении судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам»

Вопросы	Всего	в %
Наличие недостатков оказания медпомощи	595	99,7
Наличие причинно-следственной связи	510	85,4
Тяжесть вреда, причинённого здоровью	181	30,3
Возможность наступления благоприятного исхода	269	45,1

Как следует из представленных в таблице 1 данных, почти во всех постановлениях и определениях ставился вопрос о правильности оказания медицинской помощи, (он не был поставлен лишь в двух постановлениях), в 85% – ставился вопрос о причинно-следственной связи между выявленными недостатками в оказании медицинской помощи и наступлением неблагоприятного исхода, меньше, чем в половине (в 45%) – вопрос о возможности наступления благоприятного исхода и лишь в одной трети – вопрос о тяжести вреда, причинённого здоровью человека выявленными недостатками в оказании медицинской помощи.

Все 597 анализируемых заключений экспертов по исследуемым недостаткам в оказании медицинской помощи, были условно разделены на три группы:

- касающиеся в основном бездействия медицинских работников, то есть, не выполнения тех или иных лечебно-диагностических мероприятий, а также несвоевременного их выполнения (387 заключений, 64,8% от всех анализируемых);

- касающиеся в основном ошибочных действий медицинских работников, то есть, назначения противопоказанных медицинских

препаратов, назначения в неправильной дозировке, интраоперационные осложнения и иные последствия активного воздействия медицинского работника (157 заключений, 26,3% от всех анализируемых);

- сочетания действия и бездействия, чаще всего, несвоевременная диагностика и лечение ошибочных действий медицинских работников (53 заключений, 8,9% от всех анализируемых)

Таким образом, наибольшее количество судебно-медицинских экспертиз выполняются по факту бездействия, то есть отсутствия своевременной диагностики и своевременного лечения имеющихся у больного заболеваний или у пострадавшего травм и их осложнений.

Разная частота постановки судебно-следственными органами вопросов в постановлениях и определениях по материалам «врачебных дел». Как следует из данных, представленных в таб. 1, ожидаемо, наиболее часто ставились вопросы, касающиеся оценки правильности оказания медицинской помощи, в связи с чем, далее был проведён анализ ответов на этот вопрос.

Таблица 2. Частота ответов на вопросы о наличии недостатков в оказании медицинской помощи

Ответы о недостатках в оказании медпомощи	Всего	в %
Да	421	70,5
Нет	159	26,6
Не представилось возможным	14	2,3
Нет ответа	2	0,3
Не спрашивают	1	0,2
Всего	597	100,0

Из представленных в таблице 2 данных следует, что более чем в 70% заключений были выявлены недостатки в оказании медицинской помощи и лишь чуть более, чем в одной четверти заключений экспертов, недостатков выявлено не было. В таблице 1 указано, что вопрос о наличии недостатков в оказании медицинской помощи не был поставлен в двух постановлениях, при этом в одном заключении был дан ответ о наличии недостатков в оказании медицинской помощи, то есть комиссия экспертов ответила на вопрос,

который проставлен не был, но с точки зрения комиссии экспертов имеет важное значение для рассмотрения дела, что закреплено и законодательно в п. 4 ч. 3 ст. 57 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации [6].

Проведённым статистическим анализом установлено, что положительные ответы на вопросы о наличии недостатков в оказании медицинской помощи не имеют существенной разницы в зависимости от особенностей недостатков в оказании медицинской помощи:

- касающиеся в основном бездействия медицинских работников: выявлено наличие в 284 заключениях из 387 (73,4%);

- касающиеся в основном ошибочного действия медицинских работников: выявлено наличие в 98 заключениях из 157 (62,4%);

- касающиеся сочетания действия и бездействия медицинских работников: выявлено наличие в 39 заключениях из 53 (73,6%).

Также положительные ответы на вопросы о наличии недостатков в оказании медицинской помощи не имеют существенной разницы в зависимости от гражданского или уголовного процесса, так положительные ответы о наличии недостатков в оказании медицинской помощи содержались:

- в 354 заключениях экспертов из 499, выполненных по материалам уголовных дел и доследственных проверок (71,0% от общего числа соответственно анализируемых);

- в 67 заключениях экспертов из 98, выполненных по материалам гражданских дел (68,4% от общего числа анализируемых материалов гражданских дел).

При исследовании частоты выявления недостатков в оказании медицинской помощи комиссиями государственных и частных (коммерческих) экспертных организаций, были получены следующие данные:

- из 550 заключений, выполненных в ГСМЭУ, в 384 (69,8%) были выявлены недостатки в оказании медицинской помощи, из них: из 19-ти,

выполненных в ФГКУ «СЭЦ» СК РФ, в 18-ти (94,7%) были выявлены недостатки в оказании медицинской помощи, из 531 заключений, выполненных только в ГСМЭУ (без учёта ФГКУ «СЭЦ» СК РФ), в 366 (68,9%) были выявлены недостатки в оказании медицинской помощи;

- из 47 заключений, выполненных в коммерческих экспертных организациях, в 37 (78,7%) были выявлены недостатки в оказании медицинской помощи.

Можно констатировать, что существенных различий в частоте выявления недостатков в оказании медицинской помощи при выполнении судебно-медицинских экспертиз в ГСМЭУ и коммерческих экспертных организациях, нет. Имеется некоторое превышение частоты выявления недостатков при выполнении судебно-медицинских экспертиз сотрудниками Экспертных подразделениях Следственного комитета Российской Федерации, что может быть связано с малой величиной соответствующей выборки (19 наблюдений).

При всей очевидности необходимости ответов на вопросы о правильности оказания медицинской помощи, в некоторых, их крайне мало, судебно-медицинских экспертизах, выполненных по материалам «врачебных дел», имеются ответы, указывающие на отсутствие единого понимания сущности понятий «недостаток в оказании медицинской помощи», «дефект оказания медицинской помощи». Так, при выполнении дополнительной комиссионной судебно-медицинской экспертизы по материалам уголовного дела, возбуждённого по составу преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 238 УК РФ, были поставлены вопросы *«1. Правильно, своевременно, полно, достаточно и эффективно ГБУ Х «Областная клиническая больница» было проведено обследование и лечение пациентки Н.Э.А. 07.03.2017 в приемном отделении? Были ли допущены в приемном отделении ГБУ Х «Областная клиническая больница» дефекты оказания медицинской помощи (нарушения порядков и обычно предъявляемых требований)? Если да, то какие дефекты допущены, нарушены порядки и обычаи медицинской практики?»*. Комиссией

экспертов регионального ГСМЭУ был дан следующий ответ «В ходе производства судебно-медицинской экспертизы, целью которой является установление обстоятельств, подлежащих доказыванию в рамках уголовного судопроизводства (то есть по конкретному делу с материальным составом преступления), оценке подлежат только те недостатки («дефекты») оказания медицинской помощи, которые могут находиться в прямой причинно-следственной связи с наступлением неблагоприятного исхода (вредом здоровью или смертью). Решение указанного вопроса не имеет принципиального значения в рамках настоящей экспертизы, поскольку выявленное у Н.Э.А. патологическое состояние (декомпенсация хронической сердечной недостаточности с развитием гидроторакса) не подразумевало резкого положительного эффекта от терапии (в том числе диуретической), в связи с чем сам факт его сохранения и усугубления не может считаться и оцениваться как недостаток медицинской помощи и причинение вреда здоровью». В ответе на вопросы, комиссия экспертов вышла за рамки собственной компетенции, спутав цели выполнения судебно-медицинской экспертизы с целями уголовного судопроизводства. При этом, от комиссии экспертов лишь требуется установить недостатки (дефекты) оказания медицинской помощи, которые и являются обстоятельствами по делу, а их оценку с точки зрения уголовного судопроизводства, даст правоприменитель.

Таким образом, даже в решении такого очевидного вопроса, как наличие недостатков (дефектов) оказания медицинской помощи, могут быть разночтения.

Таким образом, проведённым анализом показано:

- большинство заключений судебно-медицинских экспертиз по материалам «врачебных дел» содержат положительные ответы о выявленных недостатках в оказании медицинской помощи, и лишь в четверти заключений недостатки выявлены не были;

- частота выявления недостатков в оказании медицинской помощи

существенно не зависит от сущности недостатка (бездействие, действие, сочетание действия и бездействия), от вида процесса (уголовный или гражданский), а также от принадлежности экспертного учреждения (государственное или коммерческое);

- при ответе на вопросы о наличии или отсутствии недостатков в оказании медицинской помощи, следует придерживаться медицинских знаний о диагностике и лечении той или иной патологии, юридическую оценку которым даст правоприменитель.

Литература

1. Гусаров А.А., Попова Т.Г., Фетисов В.А., Кураева Е.Ю., Шония Е.А. Клинико-экспертная оценка неблагоприятных последствий оказания стоматологической имплантологической помощи. Судебно-медицинская экспертиза. 2017;60(3):34–38.

2. Быховская О.А., Филатов А.И., Лобан И.Е., Исаков И.Д. Анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам в отношении медицинских работников. Судебно-медицинская экспертиза. 2018;61(5):18–20.

3. Шмаров Л.А. Проблемы причинности в судебно-медицинских экспертизах по «врачебным делам». Судебно-медицинская экспертиза. 2021;64(1):5–11.

4. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи, утвержденный 21 июня 2017 г. директором ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России А.В. Ковалевым.

5. Бастрыкин А.И. Противодействие преступлениям, совершаемым медицинскими работниками: проблемы и пути их решения. Вестник академии Следственного комитета Российской Федерации. 2017;(1):11–14.

6. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации: федеральный закон от 18 декабря 2001 г. № 174-ФЗ (в действующей ред.). Собрание законодательства РФ. 2001;52(ч.1):ст.4921.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ОСЛОЖНЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

к.м.н. Л.А. Шмаров, М.В. Бобылева

Российский центр судебно-медицинской экспертизы Минздрава России, Москва

Аннотация: В последние годы отмечается значительный рост количества так называемых «врачебных дел», то есть, уголовных дел в отношении медицинских работников и гражданских дел по искам к медицинским организациям по факту не надлежащего оказания медицинской помощи. Рост количества подобного рода дел закономерно влечёт за собой рост количества выполняемых судебно-медицинских экспертиз. Показано, что недостатки оказания медицинской помощи могут быть классифицированы на недостатки, характеризующиеся бездействием и характеризующиеся действием. Обосновано, что в настоящее время имеется правовая неопределённость в оценке осложнений медицинских вмешательств, то есть в действии медицинских работников, в том числе, с точки зрения оценки вреда, причинённого здоровью человека осложнениями. В итоге были намечены пути унификации оценки осложнений медицинских вмешательств, которые могут быть закреплены законодательно.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, врачебное дело, медицинское вмешательство, недостаток оказания медицинской помощи, вред здоровью.

FORENSIC MEDICAL ASSESSMENT OF COMPLICATIONS OF MEDICAL INTERVENTIONS

L.A. Shmarov, M.V. Bobyleva

Federal Center of Forensic Medical Expertise Russian Ministry of Health, Moscow

Summary: In recent years, there has been a significant increase in the number of so-called «medical cases», that is, criminal cases against medical workers and civil cases on claims against medical organizations for not providing proper medical care. The increase in the number of such cases naturally entails an increase in the number of forensic medical examinations performed. It is shown that the shortcomings of medical care can be classified into shortcomings characterized by inaction and characterized by action. It is proved that at present there is legal uncertainty in the assessment of complications of medical interventions, that is, in the action of medical workers, including from the point of view of assessing the harm caused to human health by complications. As a result, ways were outlined to unify the assessment of complications of medical interventions, which can be fixed by law.

Key words: forensic medical examination, medical practice, medical intervention, lack of medical care, harm to health.

Анализ материалов, поступающих в ФГБУ «Российский Центр судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – РЦСМЭ), особенно в последние десять лет, а также анализ научных публикаций, однозначно указывает на то, что имеется

явная тенденция как к росту в разные года, так и к стабильно большому количеству так называемых «врачебных дел», то есть материалов уголовных и гражданских дел, связанных с претензиями к медицинским работникам и медицинским организациям в связи с ненадлежащим образом оказанной медицинской помощью. Рост подобного рода материалов сказывается и на количестве выполняемых по ним судебно-медицинских экспертиз [1, 2].

Изучение поступающих материалов «врачебных дел», а также выполняемых судебно-медицинских экспертиз, показало, что все недостатки медицинской помощи можно разделить на несколько больших групп. Первая группа проявляется бездействием, не выполнением необходимых диагностических и лечебных мероприятий, то есть характеризуются пассивным компонентом. Вторая группа – это недостатки, которые являются действием, то есть характеризуются активным воздействием на организм человека. Оба класса не являются изолированными друг от друга, так как нередко осложнения медицинского вмешательства, то есть действие, сопровождаются несвоевременной диагностикой и лечением, то есть бездействием.

Анализ выполняемых судебно-медицинских экспертиз и материалов «врачебных дел», а также научных публикаций, показал, что в настоящее время имеется паровая неопределённость в судебно-медицинской оценке осложнений медицинских вмешательств.

Таким образом, целью настоящей статьи является освещение проблемы судебно-медицинской оценки осложнений медицинских вмешательств, прежде всего, с точки зрения отнесения или нет их к недостаткам оказания медицинской помощи.

Материалами исследования являются материалы «врачебных дел», а также заключения судебно-медицинских экспертиз, выполненные по такого рода делам.

Основными методами исследования являются аналитический и статистический методы.

Для реализации целей настоящей статьи был проведён анализ 802 заключений судебно-медицинских экспертиз, выполненных в период с декабря 2008 г. по февраль 2022 г., как в РЦСМЭ, так и в региональных Государственных судебно-медицинских экспертных учреждениях (далее – ГСМЭУ). Анализ 802 заключений показал, что в 516 (64,3% от всех анализируемых) допущенные (или предполагаемо допущенные) недостатки в оказании медицинской помощи характеризуются, как бездействие, в 80 (10,0% от всех анализируемых) – как сочетание действия и бездействия, а в 206 заключениях (25,7% от всех анализируемых) основными были недостатки в оказании медицинской помощи, характеризующиеся, прежде всего, действием. Таким образом, более четверти всех недостатков, которые допускают или предположительно допускают медицинские работники, по сути являются осложнениями тех или иных активных действий, то есть, медицинских вмешательств. Вообще, любая оказываемая медицинская помощь имеет какой-то процент тех или иных осложнений, одни из которых встречаются крайне редко, другие весьма часто. И это касается любой медицинской помощи, как терапевтической (осложнения лекарственной терапии), оперативной (осложнения оперативных вмешательств), реанимационной (осложнения при выполнении реанимационных мероприятий), акушерско-гинекологической (осложнения в родах) и так далее.

Можно предложить множество классификаций недостатков оказания медицинской помощи, характеризующиеся действием, например, по специалисту, их допустившему, а также, например, по их «явности» или очевидности, и по многим другим основаниям.

О судебно-медицинской оценке осложнений медицинских вмешательств говорится давно и сказано многое, в том числе и о важности данной проблемы. Так, ещё в 1959 г. И.Ф. Огарков привёл пример осложнения анестезии брюшной стенки, когда было допущено *«повреждение сердца, вызвавшее кровоизлияние в сердечную сорочку и тампонаду сердца»*

[3]. И.Ф. Огарков считал, что *«во время инъекции новокаина, врач, по-видимому, ввел иглу слишком глубоко, сжав мягкие ткани брюшной стенки в восходящем направлении, что и обусловило проникновение конца иглы в полость перикарда. В хирургической практике необходимо иметь в виду возможность таких случаев»*. В данном конкретном случае, И.Ф. Огарков выявил тот недостаток (*«ввел иглу слишком глубоко, сжав мягкие ткани брюшной стенки в восходящем направлении»*), который и привёл к развитию осложнения медицинской манипуляции.

Но не всегда это получается, в связи с чем в 2000 году В.В. Томилин и Ю.И. Соседко отмечали, что *«одни и те же действия медицинских работников, повлекшие идентичные неблагоприятные последствия, эксперты трактуют неоднозначно. Например, перфорацию стенки матки при медицинском аборте одни комиссии экспертов квалифицировали как тяжкий вред здоровью, другие же отказывались определять тяжесть вреда здоровью, полагая, что подобные осложнения не являются редкостью и сама методика аборта не исключает возможности осложнений»* [4].

С.А. Повзун справедливо продолжил, что *«драматичность этих и других аналогичных ситуаций, зачастую сопровождающихся общественным резонансом, неизменно сопровождается заключением врачебной комиссии о дефекте медицинской помощи, формирующимся в ряде случаев под действием общественного мнения, жаждущего привлечь к ответственности очередного «врача-вредителя»»* [5].

Анализ выполняемых судебно-медицинских экспертиз по материалам «врачебных дел», в которых были выявлены недостатки оказания медицинской помощи, характеризующиеся действием, то есть по своей сути, осложнения медицинских вмешательств, показал, что единого подхода к этому в анализируемых заключениях экспертов нет, о чём и высказывались цитируемые авторы. Главный в таких случаях вопрос, всякое ли осложнение является недостатком оказания медицинской помощи или не всякое? И если не всякое осложнение является недостатком оказания медицинской помощи,

то где та граница, которая позволит его охарактеризовать как недостаток или не как недостаток?

Связанный с этим вопрос заключается в установлении причинно-следственной связи между выявленными недостатками в оказании медицинской помощи и наступлением неблагоприятного исхода, а также квалификация вреда, причинённого здоровью человека действиями медицинских работников, то есть, в данном случае, допущенными осложнениями медицинских вмешательств.

При этом, в заключениях экспертов одни и те же осложнения медицинских вмешательств (катетеризация подключичной вены с повреждением верхушки лёгкого, повреждение мочевого пузыря при экстирпации матки и так далее) оцениваются в разных ГСМЭУ по-разному – как проявление недостатка оказания медицинской помощи и с оценкой, как вред здоровью (как правило, тяжкий). Или как осложнение, которое может быть и при правильно проведённом медицинском вмешательстве, а, следовательно, вредом здоровью не является, так как описано технически правильно проведённое вмешательство. Очевидно, что такая ситуация не приемлема, но тем не менее она присутствует, вот откуда родилась идея этой статьи.

В конечном итоге, решение данного вопроса сводится к изучению соотношения понятий «недостаток оказания медицинской помощи» и «осложнение медицинского вмешательства». То есть, находятся ли данные понятия в отношениях подчинения, пересечения или не совместимости, и очевидно, что в каждой конкретной экспертной ситуации этот вопрос решается индивидуально [6]. Но индивидуальность решения вопроса в каждом конкретном случае должна быть основана на общих принципах решения подобного рода вопросов.

Очевидно, что не всякое осложнение медицинского вмешательства является недостатком оказания медицинской помощи. Медицинские хирургические вмешательства, являясь инвазивными, всегда имеют риски

развития как интраоперационных, так и послеоперационных осложнений.

Не всякое повреждение при проведении медицинского вмешательства является недостатком оказания медицинской помощи и, соответственно, не должно квалифицироваться по тяжести вреда, причиненного здоровью человека. Как правило, эти недостатки обусловлены необязательно низкой квалификацией медицинского персонала, но и недоучетом тяжести состояния больного, недообследованием, индивидуальными особенностями течения заболевания (травмы), атипичностью клинической картины.

Так, например, осложнения проведённых медицинских вмешательств могут быть расценены, как недостатки в оказании медицинской помощи в следующих случаях:

- явное нарушение техники проведения медицинского вмешательства, или невыполнение мероприятий, предупреждающих развитие выявленных осложнений (второй случай не относится к бездействию, так как проводятся активные действия, приводящие к осложнению, при отсутствии их профилактики, что позволяет их отнести к неправильному действию);

- при наличии протокола технически правильно проведённого медицинского вмешательства, развиваются осложнения, которые при таком его проведении развиваться не должны, что позволяет высказаться о наличии каких-то технических погрешностей, которые однозначно были (не всегда возможно высказаться какие именно, но возможно утверждать, что они точно были).

С другой стороны, при наличии ряда условий, осложнение медицинского вмешательства не может быть расценено однозначно, как проявление недостатка в оказании медицинской помощи:

- осложнение медицинского вмешательства описано в специальной литературе, как встречающееся и при правильно выполненной манипуляции;

- протокол описания медицинского вмешательства в медицинских документах соответствует технически правильно проведённой медицинской манипуляции.

Для однозначной трактовки осложнений медицинских вмешательств, необходимо законодательное закрепление подхода к их экспертной оценке, которое может быть определено, например, в «Медицинских критериях определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», а также в «Порядке проведения судебно-медицинской экспертизы в Российской Федерации», в следующей формулировке:

- осложнения медицинских вмешательств (анестезиологических и реанимационных, оперативного лечения и пр.) оцениваются, как вред, причинённый здоровью при условии выявления недостатков оказания медицинской помощи, которые находятся в прямой причинно-следственной связи с этими осложнениями;

- при условии правильно оказанной медицинской помощи или невозможности установить наличие недостатков оказания медицинской помощи, которые находятся в прямой причинно-следственной связи с этими осложнениями – осложнения медицинских вмешательств, в том числе, находящиеся в прямой причинно-следственной связи с неблагоприятным исходом, как вред здоровью человека не расцениваются.

Такой подход позволит единообразно оценивать осложнения медицинских вмешательств, прежде всего, с точки зрения оценки тяжести вреда, причинённого здоровью человека.

Литература

1. Гусаров А.А., Попова Т.Г., Фетисов В.А., Кураева Е.Ю., Шония Е.А. Клинико-экспертная оценка неблагоприятных последствий оказания стоматологической имплантологической помощи. Судебно-медицинская экспертиза. 2017;60(3):34–38.
2. Быховская О.А., Филатов А.И., Лобан И.Е., Исаков И.Д. Анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам в отношении медицинских работников. Судебно-медицинская экспертиза. 2018;61(5):18–20.
3. Огарков И.Ф. Смертельное ранение сердца инъекционной иглой при проведении анестезии брюшной стенки. Судебно-медицинская экспертиза. 1959;2(3):50–51.
4. Томилин В.В., Соседко Ю.И. Обоснование основных понятий дефектов оказания медицинской помощи. Судебно-медицинская экспертиза. 2000;43(6):4–8.
5. Повзун С.А. Дефект медицинской помощи или несчастный случай? Медицинское право. 2017;74(4):14–17.

6. Ивлева М.И. Логика: учеб. пособие / М.И. Ивлева. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Маркет ДС, 2009. – 192 с. (Университетская серия).

НАЗНАЧЕНИЕ И ВЫПОЛНЕНИЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО МАТЕРИАЛАМ «ВРАЧЕБНЫХ ДЕЛ» - ОСНОВНЫЕ СЛОЖНОСТИ

к.м.н. Л.А. Шмаров, Т.П. Козлова

Российский центр судебно-медицинской экспертизы Минздрава России, Москва

Аннотация: В настоящее время имеется тенденция к увеличению количества поступления материалов «врачебных дел», и, соответственно, увеличение количества выполнения судебно-медицинских экспертиз по такого рода делам. Увеличение количества как уголовных, так и гражданских дел, а также выполняемых по такого рода делам судебно-медицинских экспертиз, порождает большое количество проблем. При этом проблемы связаны как с несовершенством законодательства, так и с иными факторами, которые требуют своего изучения и разрешения. Для изучения данного вопроса были проанализированы материалы «врачебных дел», поступивших в ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России, а также выполняемые по ним судебно-медицинские экспертизы.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, врачебное дело, законодательство, причинно-следственная связь.

APPOINTMENT AND EXECUTION OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS BASED ON THE MATERIALS OF "MEDICAL CASES" - THE MAIN DIFFICULTIES

Leonid A. Shmarov, Tatiana P. Kozlova

Federal Center of Forensic Medical Expertise Russian Ministry of Health, Moscow

Summary: Currently, there is a tendency to increase the number of receipt of materials of «medical cases», and, accordingly, an increase in the number of forensic medical examinations in such cases. The increase in the number of both criminal and civil cases, as well as forensic medical examinations performed on such cases, generates an increase in the number of problems. At the same time, the problems are connected both with the imperfection of legislation and with other factors that require their study and resolution. To study this issue, the materials of the «medical cases» received by the Federal State Budgetary Institution «RCFME» of the Ministry of Health of the Russian Federation, as well as the forensic medical examinations performed on them, were analyzed.

Keywords: forensic medical examination, medical practice, legislation, causal relationship.

Право на жизнь и здоровье граждан закреплено на государственном и международном уровнях. В Конституция Российской Федерации (ст. 41)

записано, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь [1]. Жизнь и здоровье человека представляют собой фундаментальные конституционно признаваемые, охраняемые и защищаемые ценности. В числе конституционных гарантий прав человека на жизнь и на здоровье важное место занимают конституционные гарантии права на охрану здоровья и права на получение медицинской помощи [2]. И все, обращающиеся за медицинской помощью ожидают, что она будет оказана без каких-либо недостатков, что происходит далеко не всегда. Допускаемые медицинскими работниками недостатки, реальные или мнимые, приводят к обращению в правоохранительные органы с требованием возбуждения уголовных дел и в суды с требованиями компенсации материального и морального вреда.

В настоящее время в ФГБУ «Российский Центр судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – РЦСМЭ) наметилась явная тенденция к увеличению количества поступления материалов уголовных дел, связанных с недостатками в оказании медицинской помощи, а также материалов гражданских дел по искам граждан к медицинским организациям, и, соответственно, выполнения судебно-медицинских экспертиз по этим материалам. Так в 2018 г. в РЦСМЭ поступило 544 материалов «врачебных дел», как уголовных, так и гражданских, а также материалов проверок, и было выполнено 310 судебно-медицинских экспертиз по этим делам, в 2019 г. 498 и 323, в 2021 г. 476 и 261 соответственно [3]. Таким образом, в 2021 г. имеется некоторое снижение поступления и выполнения судебно-медицинских экспертиз по материалам «врачебных дел», однако это снижение не существенное и количество материалов, поступивших в РЦСМЭ в 2022 г. подтверждает тезис о росте количества такого рода дел. Стабильно высокое поступление и выполнение судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» присутствует не только в РЦСМЭ, но и в региональных Государственных судебно-медицинских экспертных учреждениях (далее – ГСМЭУ), что характеризует

актуальность данной темы [4].

Целью настоящей статьи является выявление проблем, связанных как с назначением, так и, прежде всего, выполнением судебно-медицинских экспертиз по материалам «врачебных дел».

Материалами исследования являются материалы «врачебных дел» и заключения судебно-медицинских экспертиз, выполненных по такого рода материалам.

Основными методами исследования являются аналитический и статистический методы.

Для оценки количества выполняемых по материалам «врачебных дел» судебно-медицинских экспертиз был проведён анализ 1359 материалов, поступивших в РЦСМЭ в период с сентября 2013 г. по декабрь 2020 г. Установлено, что в среднем по одному делу выполнено, без учёта далее выполненного заключения в РЦСМЭ, почти две судебно-медицинские экспертизы (1,98 на одно «врачебное дело»), при этом по материалам уголовных дел и материалам доследственных проверок в среднем 2,10 заключений на один материал, по материалам гражданских дел 1,57 заключений на одно дело. В итоге, по анализируемым материалам в РЦСМЭ было выполнено 884 судебно-медицинских экспертиз (по 475 материалам судебно-медицинские экспертизы выполнены не были по причине возврата без исполнения назначившему лицу, по причине неудовлетворения заявленных ходатайств). Таким образом, по каждому из «врачебных дел», поступивших в РЦСМЭ, в итоге было выполнено всего 3573 судебно-медицинских экспертиз, в среднем, 2,63, то есть почти три заключения эксперта, на один материал «врачебного дела». Очевидно, что такое количество назначаемых и выполняемых судебно-медицинских экспертиз по материалам «врачебных дел» сопровождается самым разным спектром проблем, как на стадии назначения, так и на всех остальных стадиях, вплоть до формулирования ответов на поставленные вопросы.

Анализ проблем, с которыми сталкиваются правоприменители и

судебно-медицинские эксперты, позволил выделить несколько групп, которые связаны как с несовершенством законодательства, так и с процессом выполнения судебно-медицинских экспертиз на различных этапах. Указанные группы проблем не являются некой классификацией, а просто четырьмя группами, в которые были скомпонованы эти проблемы. Это законодательные, организационно-административные, процессуальные и производственные группы проблемы [5].

Законодательные проблемы связаны, прежде всего, с несовершенством действующего законодательства, регламентирующего оказание медицинской помощи, предоставление медицинских услуг, а также назначением и выполнением судебно-медицинских экспертиз. Обилие такого рода проблем связано отчасти с тем, что в Российской Федерации ежегодно принимается очень большое количество нормативно-правовых актов и это как новые, так и поправки к уже действующим. Так, например, в 2014 году в Государственную Думу было внесено 1770 законопроектов, из них принято 597, в 2016 году чуть меньше – 1471 и 465 соответственно [6]. Принятие столь большого количества нормативно-правовых актов закономерно ведёт за собой необходимость принятия поправок уточняющих, дополняющих, исправляющих неточности и ошибки уже принятых. Например, Уголовно-процессуальный кодекс РФ был принят Государственной Думой 22 ноября 2001 года, и по настоящее время было принято 213 поправок (последняя – 30.12.2021) [7]. Возможно, что часть из этих поправок связана с динамически изменяющимися условиями жизни, но очевидно, что такое их количество также связано и с несовершенством принимаемых нормативно-правовых актов.

Для целей выполнения судебно-медицинских экспертиз, а также вынесения постановлений и определений о назначении их выполнения, наиболее актуальны следующие законодательные проблемы:

- должны ли выполняться по материалам «врачебных дел» комиссионные или комплексные экспертизы;

- должна ли медицинская услуга быть безопасной, то есть, может ли медицинский работник быть субъектом ст. 238 УК РФ (вопросы о безопасности предоставленной медицинской услуги ставятся в последнее время нередко, что связано с увеличением количества уголовных дел, возбуждённых по составу преступления, предусмотренного ст. 238 УК РФ);

- является ли степень достижения запланированного результата критерием качества оказанной медицинской помощи и предоставленной медицинской услуги (вопросы о степени достижения некоего запланированного результата ставятся чаще и чаще);

- исключает ли уголовную ответственность для медицинского работника наличие в УК РФ статьи 41 УК РФ «Обоснованный риск», имеющийся при любом медицинском вмешательстве, и о котором сказано в добровольном информированном согласии;

- применимость термина «медицинская услуга» в медицине вообще и для целей судебно-медицинской экспертизы, в частности;

- определение морального вреда для целей выполнения судебно-медицинских экспертиз, а также определение величины его компенсации, как один из итогов выполнения судебно-медицинских экспертиз по материалам врачебных дел;

- возможность присутствия сторон на различных этапах выполнения судебно-медицинских экспертиз, а также участия в производстве судебно-медицинских экспертиз и др.

Организационно-административные проблемы связаны с отсутствием действенного контроля за назначаемыми экспертизами в ГСМЭУ, что привело к возникновению многомесячных очередей во многих из них на выполнение СМЭ, что неизбежно приводит к нарушениям процессуальных сроков и очень часто весьма значительным.

Процессуальные проблемы в свою очередь, пересекаясь и в некоторых аспектах совпадая с организационно-административными проблемами, связаны с отсутствием в постановлениях и определениях обоснования

назначения экспертизы, недостаточным объёмом предоставляемых судом и следствием объектов исследования и качество материалов, не удовлетворением ходатайств.

Наибольшим блоком проблем, возникающих при выполнении судебно-медицинских экспертиз по материалам «врачебных дел», являются производственные, которые условно можно разделить на три большие группы:

- связанные с выполнением судебно-медицинской экспертизы на стадии формирования комиссии экспертов;
- на стадии исследования предоставленных материалов;
- на стадии формулирования выводов.

Проблемы формирования комиссии экспертов, а именно, привлечение внешних клинических специалистов, связано со следующими явлениями:

- нежелание клинических специалистов участвовать в экспертизах, особенно, после последних громких врачебных дел;
- участие в экспертизах не входит в трудовую обязанность клинического специалиста, что приводит к отказам в участии даже после предварительного согласия;
- «формализм» в помощи клинических специалистов (краткость ответов, отсутствие ссылок на приказы, национальные руководства и так далее);
- трудность в достижении единого мнения среди клинических специалистов, а также судебно-медицинских экспертов, в частности на наличие недостатков в оказании медицинской помощи, особенно причинно-следственной связи;
- «корпоративность» среди клинических специалистов.

Проведённый анализ заключений судебно-медицинских экспертиз, выполненных по материалам «врачебных дел», показал, что в той или иной степени, проблемы возникали при ответе на все основные вопросы, а именно:

- касающиеся определения наличия недостатков в оказании

медицинской помощи,

- причинно-следственной связи между выявленными недостатками в оказании медицинской помощи и наступлением неблагоприятного исхода,

- тяжести вреда, причинённого здоровью человека, выявленными недостатками в оказании медицинской помощи (характеризующимися как действие, так и как бездействие),

- возможности наступления благоприятного исхода.

При этом, основные проблемы связаны с установлением причинно-следственных связей:

- кто устанавливает – судебно-медицинский эксперт, клиницист, комиссия экспертов, правоприменитель (следователь, судья);

- должна ли быть только прямая причинно-следственная связь, или могут быть косвенные, опосредованные причинные связи;

- может ли быть прямая причинно-следственная связь между неоказанием медицинской помощи (то есть бездействием) и неблагоприятным исходом;

- может ли быть несколько прямых причинно-следственных связей (одновременно между заболеванием и смертью, с одной стороны, и между недостатками и смертью, с другой).

Таким образом, все перечисленные проблемы требуют своего дальнейшего изучения и решения, так как именно от них зависит как назначение, так и выполнение судебно-медицинских экспертиз по материалам «врачебных дел» в оптимальные сроки, и, в конечном итоге, справедливое разрешение дела, уголовного или гражданского.

Литература

1. Конституция Российской Федерации: Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ) // СЗ РФ. 2014. № 31, ст. 4398.

2. Понкина А.А. Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов / Кафедра правового обеспечения государственной и муниципальной службы МИГСУ РАНХиГС. – М.: Консорциум специалистов по защите прав пациентов, 2012. – 200 с.

3. Шаров Л.А. Проблемы причинности в судебно-медицинских экспертизах по «врачебным делам». Судебно-медицинская экспертиза. 2021;64(1):5–11.

4. Быховская О.А., Филатов А.И., Лобан И.Е., Исаков И.Д. Анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам в отношении медицинских работников. Судебно-медицинская экспертиза. 2018;61(5):18–20.

5. Шаров Л.А. Основные проблемы при выполнении судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» // Актуальные вопросы судебной медицины и права: сб. науч.- практ. статей. – Казань, 2020. – Вып.11. – 292 с., 174-179.

6. <https://www.rbc.ru/politics/24/07/2016/578f789c9a7947c1f15cf09e> (дата обращения 02.02.2022 г.)

7. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации: федеральный закон от 18 декабря 2001 г. № 174-ФЗ (в действующей ред.). Собрание законодательства РФ. 2001;52(ч.1):ст.4921.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ СИНДРОМЕ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА/ТОКСИЧЕСКОМ ЭПИДЕРМАЛЬНОМ НЕКРОЛИЗЕ. ВЫЯВЛЕННЫЕ ДЕФЕКТЫ, НЕ ПОЗВОЛИВШИЕ УСТАНОВИТЬ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ (ВЕРСИИ ДИАГНОЗА, ПУТИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ДЕФЕКТОВ)

к.м.н. Б.Б. Яцинюк^{1,2}, Р.В. Скребов², П.П. Гавриков², Ю.А. Солодовник², А.А. Савостеев²

¹БУ ВО Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, Ханты-Мансийск

²КУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Ханты-Мансийск

Аннотация: Синдром Стивенса-Джонсона и токсический эпидермальный некролиз по частоте встречаемости среди других нозологических форм болезни и тяжести течения синдромов относятся к орфанным заболеваниям, с тяжелым течением аллергической эпителальной и эпидермальной реакции и высокой летальностью. В исследовании использованы регламентирующие документы проведения судебно-медицинской экспертизы, позволяющие выявить несоответствие медицинской помощи, неоптимальный выбор технологии оказания медицинских услуг (дефект медицинской помощи) по одной комиссионной экспертизе, проведенной в КУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» пациенту А. с установленным ранее диагнозом: синдром Стивенса-Джонсона. Проведенная комиссионная экспертиза установила причины возникновения дефектов в одном клиническом случае, что позволило сформировать практические предложения по их уменьшению при оказании медицинской помощи.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, дефекты, синдром Стивенса-Джонсона, токсический эпидермальный некролиз, обоснование диагноза.

FEATURES OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATION IN STEVENS-JOHNSON SYNDROME/TOXIC EPIDERMAL NECROLYSIS. IDENTIFIED DEFECTS THAT DID NOT ALLOW TO ESTABLISH THE FINAL DIAGNOSIS (DIAGNOSIS VERSIONS, WAYS TO PREVENT DEFECTS)

B.B. Yatsinyuk¹, R.V. Skrebov², J.A. Solodovnik², Savosteev A.A.², P.P. Gavrikov²

¹ BE «Khanty-Mansiysk state medical Academy», Khanty-Mansiysk

² BE of Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug-Ugra «Office of the Chief Medical Examiner», Khanty-Mansiysk

Summary: *Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in terms of frequency of occurrence among other nosological forms of the disease and the severity of the course of the syndromes are classified as orphan diseases, with a severe course of an allergic epithelial and epidermal reaction and high mortality. The study used the regulatory documents for conducting a forensic medical examination, which make it possible to identify the inconsistency of medical care, a non-optimal choice of technology for the provision of medical services (a defect in medical care) according to one commission examination conducted in the KU of the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug - Yugra «Bureau of Forensic Medical Examination» to patient A. previously diagnosed with Stevens-Johnson syndrome. The conducted commission examination established the causes of defects in one clinical case, which made it possible to form practical proposals for their reduction in the provision of medical care.*

Keywords: *forensic medical examination, defects, Stevens-Johnson syndrome, toxic epidermal necrolysis, substantiation of a diagnosis.*

Актуальность. В литературных источниках синдром Стивенса-Джонсона и токсический эпидермальный некролиз иногда обозначают термином «иммунная катастрофа», а по частоте встречаемости среди других нозологических форм болезни и тяжести течения синдрома относят к орфанным заболеваниям, с тяжелым течением аллергической эпителиальной и эпидермальной реакции и высокой летальностью [1 – 3]. Единая закономерная динамическая совокупность достаточно сложных рефлекторных реакций в тканях органов и систем, различная по тяжести течения, по данным J.-C. Roujeau (2013) в 1993 году, группой медицинских экспертов, была объединена в одно заболевание [4].

В доступных нам источниках отражаются сложности, возникающие у специалистов различного профиля, по установлению причины заболевания, оценки развития патогенеза, обусловленного антителозависимой гиперчувствительностью замедленного типа (IV тип реакции связан с влиянием лекарственных препаратов, инфекционных агентов; обусловлен

течением онкологического процесса или фактор остается идиопатическим), особенно у пациентов с коморбидным фоном, представления в медицинских документах морфологических проявлений заболевания, хотя даже обучение по специальности 31.05.01 Лечебное дело предполагает сформированность компетенций данных знаний [5, 6].

Многие авторы отмечают имеющую место позднюю диагностику синдромов, которая значимо влияет на прогноз [2, 3, 5, 7, 8]. Этапы диагностики синдромов уточнены в клинических рекомендациях (КР), что при поэтапной верификации заболевания позволяет врачам избежать дефектов в оказании помощи на всех ее этапах, а специалистам, оценивающим оказание помощи, ответить на вопросы, поставленные следственными органами [9 – 11]. В отличие от большого числа публикаций по этиологии заболевания, течению патогенеза и клиники, в литературе имеется незначительное количество работ, отражающих особенности проведения судебно-медицинской оценки синдромов [12, 13], что определяет актуальность исследования, целью которого является: анализ выявленных дефектов в верификации заболевания на основании данных комиссионной судебно-медицинской экспертизы, с установленным ранее клиническим и патолого-анатомическим диагнозом: Синдром Стивенса-Джонсона; установление причин возникновения дефектов и формирование предложений по улучшению оказания медицинской помощи на всех ее этапах (от установления предварительного диагноза до диагноза комиссионной экспертизы) с целью клинического их использования.

Материал и методы. Комиссионная экспертиза проведена в Казенном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы». Объекты экспертизы – постановление о назначении комиссионной судебной экспертизы, медицинские карты стационарного больного, протокол патологоанатомического вскрытия. Производство экспертизы проведено на основании нормативных федеральных и ведомственных документов, клинических рекомендаций,

позволивших выявить наличие расхождения в установленном ранее врачами основном диагнозе, несоответствие медицинской помощи, неоптимальный выбор технологии оказания медицинских услуг (дефект медицинской помощи) пациенту. В исследовании, из всей совокупности клинических данных, анализировались: представление и анализ этиологического фактора врачами в медицинских документах, возможный механизм развития заболевания, объем гистологического исследования тканей и биопсии кожи, динамика морфологических проявления болезни на кожном покрове и слизистых оболочках. При экспертном анализе использовался критериальный подход согласно клиническим рекомендациям.

Результаты и обсуждение. В начале отражения результатов исследования необходимо дать некоторые общие данные по предполагаемым врачами медицинских организаций этиологическому фактору, анамнезу жизни и коморбидному фону пациента А. Анализ медицинской документации позволил уточнить, что пациент А. имеет хронические заболевания – Подагра. Хронический подагрический артрит. Сахарный диабет 2 типа. Предполагаемым этиологическим фактором установленного заключительного основного диагноза: Синдром Стивенса-Джонсона, явился лекарственный препарат Аллопуринол.

Проведенная экспертиза уточнила количество фармакологических препаратов (156 средств, 34 из которых были использованы многократно), которые пациент А. назначал себе самостоятельно, или они были назначены специалистами в течение 25 лет. Экспертами отмечено, что пациенту А. не проводился контроль гиперурикемии в течение длительного времени при одновременном бесконтрольном использовании им лекарственных препаратов различных групп, в том числе и средств, назначаемых при лечении подагры; сформировались осложнения на фоне хронических заболеваний (Множественные кальцинаты обоих придатков. Кальциноз задней створки митрального клапана. Диабетический кетоацидоз. Гепатит, одним из этиологических факторов которого может быть нарушение

гомеостаза глюкозы). На амбулаторном этапе оказания медицинской помощи врачами не проведен регламентированный скрининг заболеваний печени пациенту с сахарным диабетом [14, 15]. Особенностью динамики клинических проявлений у иммунокомпроментированного пациента явилось обнаружение мононуклеаров (13%), активированных лимфоцитов в большом количестве и констатация вируса герпесгруппы (подтверждение инфицирования вирусом – ИФА ВПГ IgG; ИФА Цитомегаловирус IgG; ВЭБ NA IgG). Нельзя исключить и наличие у пациента А. аутоиммунного гепатита, одним из факторов развития которого может быть вирус Эпштейна-Барр [16]. На этапах оказания помощи выявлен положительный тест РНК COVID-19.

Морфологические проявления болезни на кожном покрове и слизистых оболочках у пациента А., констатированные врачами (эндокринолог, терапевт, дерматовенеролог, нефролог, уролог, врач по инфекционным болезням, анестезиолог-реаниматолог) в период оказания помощи, представлены в таблице 1.

Таблица 1. Морфологические элементы на кожном покрове и слизистых оболочках у пациента А. в динамике в течение 2 месяцев

Отражение динамики морфологических элементов у пациента А. в течение 2-х месяцев	Временные периоды
раздел – объективный статус «...шелушение на коже лица...»	1-2 неделя
«...кожный покров бледноваты, нормальной влажности. Небольшой цианоз губ. Склеры чистые. Видимые слизистые чистые...»	
Пациентом отмечены высыпания, морфологические проявления которых уточнить в медицинских документах не представляется возможным	
«...красные сливные очаги, в области передней поверхности верхних конечностей, кожи спины, грудной клетки и области живота, сопровождающиеся небольшим кожным зудом...»	3-4 неделя
«...патологический процесс носит распространенный, воспалительный, симметричный характер. Представлен папулезной сыпью, разлитой гиперемией на инфильтрированном фоне...»	

Отражение динамики морфологических элементов у пациента А. в течение 2-х месяцев	Временные периоды
« у пациента отмечается сохранение папулезной сыпи, которая носит распространенный характер...»	
«...патологический процесс распространенный, носит островоспалительный характер, сливающаяся папулезная сыпь, разлитая гиперемия на инфильтрированном фоне...»	
«...кожа на лице гиперемирована, шелушится. Шелушение распространяется на плечевой пояс и область спины. Сыпь яркая эритематозного характера, неправильной формы, горячая. Элементы сыпи неправильной формы размером от 0,5 до 1,5 см, сливного характера. Пациент открыть рот для осмотра задней стенки глотки не может...»	
«...кожный покров: патологический процесс носит распространенный, островоспалительный симметричный характер. Представлен сливающейся между собой папулезной сыпью, разлитой гиперемией и отеком кожи и слизистых...»	
«...кожный покров – сплошь папулезная сливная сыпь по телу, с элементами пигментации, не исчезающая при надавливании, по краю элементы кольцевидной эритемы, исчезающей при надавливании, сплошь лицо, грудь, спина, живот, там же пластинчатое шелушение...». «...Отмечена пастозность стоп. В зеве слизистые рыхлые, на твердом небе петехии, миндалины за дужками, налетов нет...»	
«...сплошь папулезная сливная сыпь с элементами пигментации, по краю элементы кольцевидной эритемы диаметром 0,5–0,8 см исчезающей при надавливании (спина, лицо, грудь, живот), отмечается крупнопластинчатое шелушение...»	
«...кожный покров – остаточные элементы пигментации и шелушения после папулезной сыпи по всему телу, лицо гиперемировано, пастозно, шелушение крупнопластинчатое ...» «...Пастозность голеней и стоп, кистей...»	
«...кожный покров желтушного оттенка, покрытый эритематозной сыпью неправильной формы, элементы сыпи до 1,5 см в диаметре, имеют сливной характер, участки шелушения...»	5-6 неделя
«...кожный покров желтушного оттенка, на нижних конечностях бледно-розовая сыпь, зуда нет, участки шелушения. Симптом Никольского отрицательный. Кожного дермографизма нет...»	
«...патологический процесс носит распространенный, островоспалительный симметричный характер. Представлен сливающейся между собой папулезной сыпью, разлитой гиперемией и отеком кожи и слизистых...»	

Отражение динамики морфологических элементов у пациента А. в течение 2-х месяцев	Временные периоды
«...кожный покров желтушного оттенка, покрыт эритематозной сыпью, неправильной формы, в динамике сыпь бледнее, элементы сыпи до 1,5 см в диаметре, имеют сливной характер, зуда нет, участки шелушения. Симптом Никольского отрицательный...»	
Из данных выписного эпикриза на момент перевода «...кожный покров сухой, шелушение, сыпь с тенденцией к разрешению, новых элементов не было...»	7-8 неделя
«...кожный покров – иктеричный, отслойка эпидермиса нижних конечностей и туловища, шелушение кожи грудной клетки; трещины в области межпальцевых областей; слизистые оболочки – изъязвление слизистой полости рта (мягкого неба с налетом)...»	
«кожный покров – иктеричный, отслойка эпидермиса нижних конечностей и туловища»	
«...слизистые оболочки – изъязвление слизистой полости рта (мягкого неба с налетом)...»	
«...на слизистой полости рта болезненные эрозии...»	
«...на лице – имеются многочисленные геморрагического характера корочки на глазах, глаза закрыты, не открываются, на губах – аналогичные геморрагического характера толстые корки, на слизистой полости рта – болезненные эрозии, на туловище, на верхних и нижних конечностях на фоне умеренно желтушной кожи имеется множество эритематозных пятен, темных везикул, сплошной пурпуры в виде желтушности с шелушением и многочисленными трещинками на дистальных отделах конечностей...»	
«...кожный покров теплый, сухой, желтушный, отслойка эпидермиса нижних конечностей, туловища, шелушение кожи грудной клетки. Выраженная болезненность при пальпации кожного покрова...»; «...слизистая трахеи диффузно гиперемирована, резко отечна, эрозирована. Сосудистый рисунок смазан. В просвете вязкая слизистогнойная мокрота с примесью крови, фибрина...»	
«...кожный покров теплый, сухой, желтушный, отслойка эпидермиса на конечностях, туловище, шелушение кожи грудной клетки. Геморрагические корочки конъюнктивы, в области шеи, бедер...»;	
«...На всей поверхности тела шелушение кожи, на верхней половине туловища петехии до 1 см в максимальном размере, некоторые покрыты корочками...»	

Прижизненная констатация изменений кожного покрова не даёт оснований установить синдром, так как в записях врачей (медицинские карты стационарного больного) отсутствует описание этапных элементов характерных для синдрома Стивенса-Джонсона – множественные полиморфные высыпания в виде багрово-красных пятен, папул, пузырьков, пузырей и ярко-красных эрозированных мокнущих поверхностей [10]. Имеющая место представленная в результатах осмотра врачей отслойка эпидермиса была ошибочно принята за слущивание кератиноцитов большими группами клеток, визуализируемое в виде крупнопластинчатого шелушения (отслойка многослойного плоского ороговевающего эпителия). Подтверждение отсутствия синдрома имеется в протоколе патологоанатомического вскрытия, где отражено следующее «...На всей поверхности тела шелушение кожи, на верхней половине туловища петехии до 1 см в максимальном размере, некоторые покрыты корочками...».

В заключении многопрофильная комиссия экспертов (судебно-медицинский эксперт, дерматовенеролог, клинический фармаколог, токсиколог, анестезиолог-реаниматолог, терапевт) делает вывод, что заключительный диагноз сформирован в несоответствии со всей совокупностью клинических данных, отсутствует регламентированная направленная дифференциальная диагностика (клиническая, инструментальная, лабораторная). Вместо исключенного экспертами диагноза: синдром Стивенса-Джонсона, учитывая другие совокупные клинические данные, эксперты рассмотрели несколько основных конкурирующих нозологических форм.

В рубрике «Болезни кожи и подкожной клетчатки» (L50-L54) под общим диагнозом «Эритема многоформная», под кодами L51.1 и L51.2 рубрифицируются синдром Стивенса-Джонсона и токсический эпидермальный некролиз, как правило, индуцируемые приемом лекарственных препаратов или обусловленные иным фактором и имеющие

четкие морфологические критерии поражения кожного покрова и слизистых оболочек [9 – 11, 17].

Предложения экспертов по практическому применению изложенных в исследовании данных. С целью предотвращения дефектов при оказании медицинской помощи, в случае предположения синдромов, в объеме мероприятий дифференциальной диагностики врачам необходимо выполнить регламентированные исследования:

1. Оценить: возможное влияние этиологического фактора с учетом клинико-временных критериев развития заболевания, протекающего как антителозависимая реакция гиперчувствительности замедленного типа, опосредуемая Т-лимфоцитами и активированными ими макрофагами; стадию сенсибилизации и ее длительность, эффекторную стадию сенсибилизации и динамику клинических проявлений заболевания [9 – 11]. В данном клиническом случае этиологическим фактором аллергической реакции, с уточненными врачами морфологическими проявлениями, явился не лекарственный препарат Аллопуринол, используемый пациентом более 6 лет, другие отмеченные врачами в медицинских картах лекарственные средства (предполагаемые специалистами триггеры – Нимесулид, Сулодексид, Колдакт), а реакция 4 типа, связанная с инфекционным агентом, определенным посмертно в тканях организма – грибы рода *Candida* (ткани легких, селезенки, головного мозга и почек). Остался неоцененным врачами результат бактериологического исследования мокроты, в которой (8 неделя заболевания) обнаружено: *Klebsiella pneumoniae*, 107 в 1 мл; *Enterococcus faecalis*, 107 в 1 мл; *Alternaria tenuis*, 104 в 1 мл. Выявление плесневых грибов в мокроте является поводом к проведению дифференциальной диагностики и дальнейшему поиску этиологического фактора заболевания.

2. Провести гистологическое исследование биоптата кожи, подтверждающее синдром, микроскопическое исследование поражённых участков – соскоб чешуек с очагов [18]. Специалисты, оказывающие помощь пациенту, не отмечают в медицинских картах противопоказания или

причины невозможности выполнения регламентированных исследований. Такой метод как цитологическое исследование – соскоб [19] с поверхности пятна, позволяющий выявить в поверхностных слоях эпидермиса: полиморфноядерные лейкоциты, эозинофилы, лимфоциты, атипичные мононуклеарные клетки и тем самым предположить наличие лимфопролиферативного заболевания кожи и получить инфекционный агент, не был рассмотрен специалистами на этапах оказания помощи.

3. Провести, с учетом динамики течения и выявленных морфологических изменений, биопсию кожи [9 – 11]. При рассматриваемых синдромах в гистологическом исследуемом материале наблюдаются: некроз всех слоев эпидермиса, образование щели над базальной мембраной, отслойка эпидермиса [11]. По данным В.Ф. Жерносек и соавт. (2011) определяется лимфоцитарная инфильтрация в области перехода эпидермиса в дерму и вокруг сосудов дермы, отмечается ее отек [3]. В составе клеточного инфильтрата при синдромах обнаруживаются макрофаги и дендроциты. В тяжелых случаях заболевания выявляется фибриноидный некроз в желудке, селезенке, трахее и бронхах [2, 3]. Данный метод исследования не отражен как в медицинской карте, так и в протоколе патологоанатомического вскрытия. Также в протоколе нет данных, отражающих изменения слизистых оболочек, отмеченных у пациента А. в медицинской карте (слизистая полости рта, конъюнктивы, красной каймы губ). Результаты проведения биопсии отсутствуют.

Необходимо отметить, что при формировании заключения экспертами были использованы 40 клинических рекомендаций, 22 инструкции к лекарственным препаратам, 8 нормативно-правовых документов (приказы Минздрава РФ, стандарты), 3 национальных руководства, 85 научных публикаций, 14 официальных, научных и учебных изданий, что позволило сформировать всестороннее и обоснованное заключение и исключить установленный диагноз как не имеющий основания.

Выводы. Проведенный анализ представленных на экспертизу

документов позволил выявить несоблюдение технологии оказания медицинских услуг специалистами, которое заключалось в отсутствии установления врачами этиологического фактора заболевания, оценки патогенеза и динамики клинических проявлений, проведения регламентированных исследований, что привело к исключению группой экспертов диагноза: Синдром Стивенса-Джонсона. Отсутствие выполнения регламентированных исследований позволило экспертам только предположить основные конкурирующие нозологические формы болезни. Установить наличие причинно-следственной связи между действиями медицинских работников и наступлением смерти больного не представилось возможным.

Литература

1. Барденикова С.И., Пеньтковская О.С., Исаева Е.К. Синдром Стивенса-Джонсона – иммунная катастрофа. Российский медицинский журнал. Мать и дитя. 2019;2:1:66–72. <https://doi.org/10.32364/2618-8430-2019-2-1-66-72>.
2. Жерносек В.Ф., Дюбкова Т.П. Синдром Стивенса–Джонсона – токсический эпидермальный некролиз у детей. Часть 1. Определение, этиология, патогенез, клинические проявления, системное лечение. Педиатрическая фармакология. 2011;8:1:30–38.
3. Жерносек В.Ф., Дюбкова Т.П. Синдром Стивенса–Джонсона – токсический эпидермальный некролиз у детей. Часть 2. Системное, местное лечение. Педиатрическая фармакология. 2011;8:2:22–26.
4. Roujeau J-C. Epidermal necrolysis (Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis): Historical considerations. *Dermatologica Sinica*. 2013;31:4:169-174. <https://doi.org/10.1016/j.dsi.2013.09.009>.
5. Тюкавкина С.Ю., Харсеева Г.Г. Реакции гиперчувствительности: механизмы развития, клинические проявления, принципы диагностики. Клиническая лабораторная диагностика. 2014;56:27–36.
6. Приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 12.08.2020 N988 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – специалитет по специальности 31.05.01 Лечебное дело".
7. Кейзер Н.П., Кадников А.К. Случай токсического эпидермального некролиза (синдрома Лайелла), вызванного приемом ламиктала (ламотриджина). Дальневосточный медицинский журнал. 2008;1:112–114.
8. Косорукова И.М. Токсидермия. Российский медицинский журнал. 1999;14:652.
9. Федеральные клинические рекомендации. Ведение больных с синдромом Стивенса-Джонсона. Профессиональная ассоциация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов». Москва. 2015. 11 с.

10. Клинические рекомендации. Некролиз токсический эпидермальный (синдром Стивенса-Джонсона). Профессиональная ассоциация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов». Москва. 2016. 28 с.

11. Клинические рекомендации. Некролиз токсический эпидермальный (синдром Стивенса-Джонсона). Профессиональная ассоциация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов». Москва. 2020. 23 с.

12. Зими́на Л.Н., Ибраева А.Ы., Михайлова Г.В., Осипенкова-Вичтомова Т.К., Строчкова В.А., Титова В.В. Синдром Лайелла в судебно-медицинской и патологоанатомической практике. Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. 2016; 2: 64–68.

13. Alex Ferreira de Oliveira, Ingrith do Socorro Neves da Silva, Lidia Pinheiro de Brito, Rebeca Luiza Abreu Pereira, Amanda Alves Fecury, Claudio Alberto Gellis de Mattos Dias, Carla Viana Dendasck, Euzebio de Oliveira. Stevens-Johnson syndrome, pathophysiological aspects: a literature review. Scientific Journal Multidisciplinary Nucleus of Knowledge. 2016;1:6:40–51. <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/sindrome-de-stevens-johnson>.

14. Кляритская И.Л., Максимова Е.В. Поражение печени у пациентов с сахарным диабетом. Крымский терапевтический журнал. 2010;2:2:8–13.

15. Kang H., Greenson J.K., Omo J.T. Chao C., Peterman D., Anderson L., Foess-Wood L., Sherbondy M. A., Conjeevaram H.S. Metabolic syndrome is associated with greater histologic severity, higher carbohydrate, and lower fat diet in patients with NAFLD. American Journal of Gastroenterology. 2006;101:2247–2253. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2006.00719.x>.

16. Clinical guidelines. EASL makes no warranty of any kind with respect to any translated guide. Journal of Hepatology. 2015;63:971–1004.

17. Григорьев Д.В. Многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса-Джонсона и синдром Лайелла – современная трактовка проблемы. Российский медицинский журнал. 2013;22:1073–1108.

18. Федеральные клинические рекомендации. Ведение больных микозами кистей, стоп и туловища. Профессиональная ассоциация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов». Москва. 2015. 16 р.

19. Лейбович Б.Е., Шевелина Е.Е., Лобанов В.Л. Наблюдение диагностики грибовидного микоза с использованием диагностического исследования соскобов. Тезисы докладов IX съезда Ассоциации клинических цитологов России. Новости клинической цитологии России. 2011;15:1–2:64.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

1. **АВАНЕСЯН Хорен Артюшаевич** – заведующий отделом экспертизы трупов с гистологическим отделением, врач – государственный судебно-медицинский эксперт ГБУЗ Ставропольского края «Краевое Бюро судебно-медицинской экспертизы», ассистент кафедры судебной медицины и права с курсом ДПО ФГБОУ УВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 355000, г. Ставрополь, ул. Дзержинского, д. 70, e-mail: kkbsme@bk.ru.
2. **АВРЕЛЬКИНА Екатерина Владимировна** – кандидат медицинских наук, и.о. заведующего отдела внедрения новых медицинских технологий и научных достижений, Бюджетное учреждение «Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Чувашской Республики. Контактный адрес: 428017, Чувашская Республика, Чебоксары, улица Пирогова, 24. E-mail: orgmed@rbsme.ru. ORCID - 0000-0002-7641-8775.
3. **АДАМОВИЧ Ирена Александровна** – врач акушер-гинеколог отдела особо сложных экспертиз Казенного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», г. Ханты-Мансийск. 628011 г. Ханты-Мансийск, ул. Калинина, 40, email: adira1975xm@gmail.com. ORCID: 0000-0003-3912-8733.
4. **АНТРОПОВА Елена Станиславовна** - к.м.н., доцент, доцент кафедры анатомии, топографической анатомии и оперативной хирургии, патологической анатомии, судебной медицины Медицинского института ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет». Контактный адрес: 185910, г. Петрозаводск, пр. Ленина, д. 33, e-mail: antrop@petsu.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5290-2442>.
5. **АСАНОВ Болотбек Асанович** – ассистент, кафедры судебной медицины и правопедения. КГМА им. И.К. Ахунбаева. к.м.н. Адрес: 720020. Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92. E-mail: Kafsudmed@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9150-1008>.
6. **БАБОЕВ Аскирбей Хусеинович** – экс-начальник Бюро СМЭ КЧР, засл. врач КЧР, индивидуальный предприниматель, преподаватель кафедры уголовного права и процесса филиала ФГБОУ ВО

- «Российский экономический университет имени Г.В. Плеханова» в г. Пятигорске Ставропольского края. Контактный адрес: 369015, Карачаево-Черкесская Республика, г. Черкесск, ул. Театральная, д. 37. e-mail: asker04@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3015-3959>.
7. **БАРИНОВ Андрей Евгеньевич** – аспирант; адрес: 111396 г. Москва, Федеративный проспект, д. 17, корп. 6; eLibrary SPIN: 2587-2821; e-mail: andrey_ch94@mail.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5923-8927>.
 8. **БАРИНОВ Евгений Христофорович** – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры судебной медицины и медицинского права Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, профессор кафедры судебной медицины РУДН; Контактный адрес: 111396, г. Москва, Федеративный проспект, д. 17, корп. 6, e-mail: ev.barinov@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4236-4219>.
 9. **БЕЛЯЕВ Лев Валерьевич** – кандидат медицинских наук, врач-судебно-медицинский эксперт ФГКУ «111 Главный государственный центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз» Минобороны России Контактный адрес: 105094, г. Москва, Госпитальная пл., д. 3 стр. 16. e-mail: l.belyaev@bk.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9256-4190>.
 10. **БЕРЛАЙ Маргарита Васильевна** – кандидат медицинских наук, врач государственный судебно-медицинский эксперт отдела судебно-медицинской экспертизы трупов с гистологическим отделением ГБУЗ Ставропольского края «Краевое Бюро судебно-медицинской экспертизы», ассистент кафедры судебной медицины и права с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Контактный адрес: 355000, г. Ставрополь, ул. Дзержинского 70. e-mail: berlay_mv@mail.ru ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5809-8480>.
 11. **БОБЫЛЕВА Марина Владимировна** – врач – судебно-медицинский эксперт отделения судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников отдела сложных судебно-медицинских экспертиз ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России по экспертной

работе. Контактный адрес: 125284, Москва, ул. Поликарпова, д. 12/13.
e-mail: bobyleva@rc-sme.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9924-3835>.

12. **БОЖЧЕНКО Александр Петрович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры судебной медицины и медицинского права ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия. Контактный адрес: 194124, Россия, г. Санкт-Петербург, Суворовский пр., д. 63. e-mail: bozhchenko@mail.ru. ORCID: 0000-0001-7841-0913.
13. **БОРИСОВ Алексей Викторович** – кандидат медицинских наук, заместитель начальника по экспертной работе, бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Воронежское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», доцент кафедры судебной медицины ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России. Контактный адрес: 394068, Воронеж, ул. Ипподромная, д.18а. e-mail: alexborisof@rambler.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4760-0674>.
14. **БУРЛАКОВ Сергей Юрьевич** – ординатор кафедры судебной медицины и правопедения ФГБОУ ВО ИвГМА МЗ России. Контактный адрес: 153003, г. Иваново, улица Парижской Коммуны, дом 5Г, E-mail: shishkinuu@rambler.ru. ORCID iD 0000-0001-9049-6828.
15. **БУРЛАКОВА Анна Юрьевна** – ординатор кафедры судебной медицины и правопедения ФГБОУ ВО ИвГМА МЗ России. Контактный адрес: 153003, г. Иваново, улица Парижской Коммуны, дом 5Г, E-mail: shishkinuu@rambler.ru. ORCID iD 0000-0002-4779-5715.
16. **БУРМИСТРОВА Наталья Викторовна** – кандидат медицинских наук, врач-судебно-медицинский эксперт ФГКУ «111 ГГЦСМиКЭ» Министерства обороны Российской Федерации. Контактный адрес: 105094, г. Москва, Госпитальная пл., д. 3 стр. 16. e-mail: burmnatalya@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7112-6351>.
17. **БЫКОВА Елена Георгиевна** – кандидат юридических наук, доцент, доцент кафедры уголовного права, криминологии и уголовного процесса Екатеринбургского филиала ФГКОУ ВО «Московская академия Следственного комитета Российской Федерации». Контактный адрес: 620 142, г. Екатеринбург, ул. Щорса, д. 18, каб. 209.

e-mail: nega83-03@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3850-9366>.

18. **БЫХОВСКАЯ Ольга Александровна** – заведующая отделом сложных экспертиз СПб ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Санкт-Петербург, Россия. Почтовый адрес организации: 195067, Россия, Санкт-Петербург, Екатерининский пр., дом 10; e-mail: sudmed261@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-6274-4529.
19. **ВАВИЛОВ Алексей Юрьевич** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой судебной медицины с курсом судебной гистологии ФПК и ПП ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия «Минздрава России, главный врач Бюро судебно-медицинской экспертизы Минздрава Удмуртской Республики, Ижевск, 426056 Ижевск, Коммунаров, 281, ИГМА, кафедра 17 Судебной медицины, izhsudmed@hotmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9472-7264>.
20. **ВАРДАНЯН Шота Арсенович** – доктор медицинских наук, профессор. Заведующий кафедрой судебной медицины Ереванского государственного медицинского университета имени Мхитара Гераци. Контактный адрес: 0009, Ереван, улица Корюна, 23/37, кв.7, e-mail: shotavardanyan@gmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3400-8759>.
21. **ВАСЮКОВ Павел Витальевич** – сотрудник отдела сложных и комиссионных экспертиз, отдела внедрения новых медицинских технологий и научных достижений, Бюджетное учреждение «Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Чувашской Республики. Контактный адрес: 428017, Чувашская Республика, Чебоксары, улица Пирогова, 24. e-mail: pashin-vas@mail.ru. ORCID - 0000-0002-0328-7954.
22. **ВИЛЬЦЕВ Игорь Михайлович** – Заведующий филиалом «Отделение в городе Мегионе» врач-судебно-медицинский эксперт Казенного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы». Контактный адрес: 628684, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г. Мегион, ул. Нефтяников, дом 18, строение 2. E-mail: sudmednauka@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8441-622X>.
23. **ВИТЕР Владислав Иванович** – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры судебной медицины с курсом судебной гистологии

ФПК и ПП ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия «Минздрава России, врач-эксперт Бюро судебно-медицинской экспертизы Минздрава Удмуртской Республики, Ижевск, 426056 Ижевск, Коммунаров, 281, ИГМА, кафедра 17 Судебной медицины, izhsudmed@hotmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6456-8039>.

24.ВЛАДИМИРОВ Владимир Юрьевич – доктор юридических наук, профессор кафедры судебной медицины ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, профессор кафедры управления органами расследования преступлений Академии управления МВД России. Контактный адрес: 125993, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1, телефон: 8 (495) 680-05-99 доб. 900, 125171, Москва, ул. Зои и Александра Космодемьянских, д. 8, e-mail: veteran.fskn@yandex.ru, forensdeprmanpo@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7190-7011>.

25.ВОЕВОДИНА Светлана Геннадьевна – врач судебно-медицинский эксперт Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения города Москвы», 115516, г. Москва, Тарный проезд, д. 3; e-mail: dragonsindra@rambler.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3564-7547>.

26.ГАВРИКОВ Павел Павлович – врач-судебно-медицинский эксперт Ханты-Мансийского межрайонного отделения, Казенного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы». Контактный адрес: 628011 г. Ханты-Мансийск, ул. Калинина, 40, e-mail: gavrikovpp@bk.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7606-8202>.

27.ГАВРИЧКОВ Вячеслав Юрьевич – заместитель начальника по экспертной работе, и.о. заведующего отдела сложных и комиссионных экспертиз, Бюджетное учреждение «Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Чувашской Республики. Контактный адрес: 428017, Чувашская Республика, Чебоксары, улица Пирогова, 24. e-mail: rbsme-sudmed@med.cap.ru. ORCID – 000-0002-7573-2103.

28. **ГАТИЛО Ирина Анатольевна** – кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой гигиены Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 355000, г. Ставрополь, ул. Мира, д. 310, e-mail: chijgay@yandex.ru.
29. **ГРИГА Эллина Станиславовна** – врач судебно-медицинский эксперт судебно-медицинской лаборатории кафедры судебной медицины и медицинского права ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия. Контактный адрес: 194124, Россия, г. Санкт-Петербург, Суворовский пр., д. 63; e-mail ellina.griga@gmail.com. ORCID: 0000-0001-8837-6392.
30. **ДМИТРИЕВА Ольга Анатольевна** – доктор медицинских наук, профессор Российской Академии Естествознания, зав.отделом комплексных (комиссионных, сложных) экспертиз ГБУЗ «ПК БЮРО СМЭ». Контактные данные: e-mail: dmitolga@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9639-4985>.
31. **ДОЛГОВА Оксана Борисовна** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры патологической анатомии и судебной медицины ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России; врач-судебно-медицинский эксперт высшей квалификационной категории отдела особо сложных комиссионных экспертиз и организационно- методического отдела ГАУЗ Свердловской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы». Контактный адрес: 620102, Екатеринбург, ул. Серафимы Дерябиной, 41; e-mail: obdolgova@gmail.com. ORCID - <https://orcid.org/0000-0002-3709-1546>.
32. **ЕГОРОВА Юлия Евгеньевна** – врач государственный судебно-медицинский эксперт отдела сложных экспертиз ГБУЗ НО «НОВСМЭ», пр. Гагарина, д.70, г. Н. Новгород, 603104, e-mail: 2greenam2013@gmail.ru; ORCID <https://orcid.org/0000-0002-4170-0359>.
33. **ИГОНИНА Елена Олеговна** – аспирант, ФГКОУВО «Санкт-Петербургская академия Следственного комитета Российской Федерации»; следователь, следственное управление Следственного комитета Российской Федерации по ХМАО-Югре. Контактный адрес:

190000, Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, дом 96, e-mail: elena-law@list.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2400-4802>.

34. **ИСАКОВ Владимир Дмитриевич** – врач судебно-медицинский эксперт СПб ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Санкт-Петербург, Россия. Почтовый адрес организации: 195067, Россия, Санкт-Петербург, Екатерининский пр., дом 10; e-mail: profivd@mail.ru. ORCID: 0000-0001-9127-2631.
35. **КАЛИНИН Руслан Эдуардович** – ассистент кафедры судебной медицины Российского университета дружбы народов. Контактный адрес: г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 10, кор. 2 (ГУМСОЦ), ауд. 140, e-mail: salem48@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4168-2699>.
36. **КАРАВАЕВ Владимир Михайлович** – доктор медицинских наук, доцент, заведующий отделением особо сложных повторных комиссионных и комплексных экспертиз СПб ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»; Контактный адрес: 195067, Санкт-Петербург, Екатерининский пр., д. 10; e-mail: karavaevvm@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6721-1852>.
37. **КОВАЙКИН Никита Алексеевич** – врач стажер гистологического отделения, Бюджетное учреждение «Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Чувашской Республики. Контактный адрес: 428017, Чувашская Республика, Чебоксары, улица Пирогова, 24. e-mail: nikita.kovaiкин@mail.ru. ORCID - 0000-0002-1782-6330.
38. **КОВАЛЕВ Андрей Валентинович** – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой судебной медицины ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. Контактный адрес: 125993, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1, e-mail: forensdeprmanpo@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6740-9861>.
39. **КОЗЛОВА Татьяна Петровна** – заведующий отделением судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников отдела сложных судебно-медицинских экспертиз ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России по экспертной работе.

Контактный адрес: 125284, Москва, ул. Поликарпова, д. 12/13. e-mail: kozlova@rc-sme.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6082-1079>.

40. **КОМАНДИНА Елена Рафисовна** – врач - судебно-медицинский эксперт отделения живых лиц отдела сложных судебно-медицинских экспертиз ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России по экспертной работе. Контактный адрес: 125284, Москва, ул. Поликарпова, д. 12/13; e-mail: komandina@rc-sme.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5340-3482>.
41. **КОПЫЛОВ Анатолий Васильевич** – Заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, доцент, начальник ГБУЗ Ставропольского края «Краевое Бюро судебно-медицинской экспертизы», заведующий кафедрой судебной медицины и права с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 355000, г.Ставрополь, ул. Дзержинского, д. 70, e-mail: kksme@bk.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3793-1370>.
42. **КОЩЕЕВА Ксения Юрьевна** – врач государственный судебно-медицинский эксперт отдела сложных экспертиз ГБУЗ НО «НОБСМЭ», пр. Гагарина, д.70, г. Н. Новгород, 603104, e-mail: ksyshenciya84@mail.ru, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5302-8264>.
43. **КУЗНЕЦОВ Семён Валерьевич** – кандидат медицинских наук, доцент; ведущий научный сотрудник ФГБУ «Научно-клинический центр токсикологии имени академика С.Н. Голикова Федерального медико-биологического агентства»; доцент кафедры уголовного права ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный аграрный университет». 188676, Ленинградская обл., Всеволожский р-н, п. Щеглово, д. 71, кв. 16; e-mail: Nachsm1@mail.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3132-8522>.
44. **КУЗНЕЦОВА Александра Александровна** – врач – судебно-медицинский эксперт I квалификационной категории, врач – судебно-медицинский эксперт отдела комплексных экспертиз ГКУЗ ЛО «Бюро судебно-медицинской экспертизы». Контактный адрес: 197198, Санкт-Петербург, ул. Ждановская, д. 43, лит. А; e-mail: alexandra88@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8414-9763>.
45. **КУЗЬМИЧЕВ Денис Евгеньевич** – Заведующий Восточным зональным отделом врач-судебно-медицинский эксперт Казенного

учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы». Контактный адрес: 628684, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г. Мегион, ул. Нефтяников, дом 18, строение 2. E-mail: sudmednauka@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4987-3262>.

46. **ЛАВРУКОВА Ольга Сергеевна** – к.м.н., доцент, доцент кафедры анатомии, топографической анатомии и оперативной хирургии, патологической анатомии, судебной медицины Медицинского института ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет». Контактный адрес: 185910, г. Петрозаводск, пр. Ленина, д. 33, e-mail: olgavavrukova@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0620-9406>.

47. **ЛИТВИНЦЕВ Богдан Сергеевич** – доктор медицинских наук; главный врач консультативно-диагностической поликлиники ФГБУ «Научно-клинический центр токсикологии имени академика С.Н. Голикова Федерального медико-биологического агентства». 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 1; e-mail: litvintsevs@yandex.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6364-2391>.

48. **ЛОБАН ИГОРЬ ЕВГЕНЬЕВИЧ** – доктор медицинских наук, заместитель начальника Санкт-Петербургского государственного учреждения «Бюро судебно-медицинской экспертизы», профессор кафедры судебной медицины ФГБОУ ВО «Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. Контактный адрес: Екатеринбургский проспект, д. 10, Санкт-Петербург, 195067; e-mail: garycloban@rambler.ru . ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8896-6242>.

49. **ЛУКЬЯНЕНКО Александр Владимирович** – доктор медицинских наук, профессор, начальник отделения челюстно-лицевой хирургии (стоматологического) Главного клинического госпиталя МВД России, заведующий кафедрой стоматологии Института медико-социальных технологий Московского государственного университета пищевых производств, полковник вн. службы в отставке. Контактный адрес: 123060, Москва, ул. Народного ополчения, д. 35; e-mail: profluka@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5395-2062>.

50. **ЛЯДОВА Мария Васильевна** – доктор медицинских наук, профессор кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ ФГАОУ ВО РНИМУ им.

Н.И. Пирогова Минздрава России. Контактный адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1; e-mail: rsmu@rsmu.ru. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9214-5615>.

51. **МАЛАХОВ Николай Владимирович** – кандидат медицинских наук, начальник ГУЗ ЯО «Ярославское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», г. Ярославль, ул. Загородный сад, дом 9; заведующий кафедрой судебной медицины с курсом правоведения ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ярославль, ул. Революционная, д.5. Контактный адрес: 150999, г. Ярославль, ул. Загородный сад, дом 9; e-mail: malakhov_mnv@mail.ru. ORCID: 0000-0003-0026-2820.

52. **МАРТУС Светлана Валерьевна** – врач государственный судебно-медицинский эксперт, заведующая организационно-методическим отделом ГБУЗ НО «НОБСМЭ», пр. Гагарина, д.70, г. Н. Новгород, 603104, e-mail: svmartus@mail.ru, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9438-8805>.

53. **МИНАЕВА Полина Валерьевна** – кандидат медицинских наук, заместитель директора по организационно-методической работе ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России; ассистент кафедры судебной медицины ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. Контактный адрес: 125284, Москва, ул. Поликарпова, д. 12/13, e-mail: minaeva@rc-sme.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0454-7137>.

54. **МИСНИКОВ Павел Владимирович** – заместитель начальника по экспертной работе Казенного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы». Контактный адрес: 628011, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Калинина, дом 40, помещ. 1001. E-mail: priemnaya@sudmedhmao.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6993-7035>.

55. **МОЛИН Юрий Александрович** – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач Российской Федерации; профессор кафедры судебной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. Контактный адрес:

- 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47, пав. 26; e-mail: juri.molin@yandex.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4343-4656>.
56. **МОНОШОВ Марат Токтогулович** – судмедэксперт высшей квалификационной категории, заведующий отделом комиссионных и комплексных экспертиз. РЦСМЭ МЗ КР Адрес: 720020. Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92. E-mail: Kafsudmed@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2156-5727>.
57. **МОРОЗОВА Наталья Аркадьевна** – директор Новосибирского филиала Московской академии Следственного комитета Российской Федерации. Контактный адрес: 630091, Новосибирск, Красный проспект, д. 74; email: Morozova.masknsk@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1580-4955>.
58. **МУКАШЕВ Мукамбет Шарипович** – заведующий кафедрой судебной медицины и правоповедения Кыргызской Государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, д.м.н., профессор. Адрес: 720020. Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева 92. E-mail: Kafsudmed@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9150-1008>.
59. **НАКЦОВА Надежда Васильевна** – ординатор 2-го года по специальности «Судебно медицинская экспертиза» ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России. Контактные данные: e-mail: naktsova.nadezhda@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6892-5531>.
60. **НАЛЁТОВА Диана Марфеловна** – кандидат медицинских наук, заместитель начальника по организационно-методической работе, бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Воронежское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», ассистент кафедры судебной медицины ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России. Контактный адрес: 394068, Воронеж, ул. Ипподромная, д.18а, e-mail: diandess@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8939-5384>.
61. **НОВОКРЕЩЕНОВА Евгения Станиславовна** – заведующий отделом сложных экспертиз ГУЗ «Забайкальское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы»; Контактный адрес: 672038, Чита,

ул. Матвеева, д. 64; e-mail: evg.novokreshchenova72@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4265-9925>.

62.НОЗДРЯКОВ Константин Валерьевич – кандидат медицинских наук, врач-судебно-медицинский эксперт ФГКУ «111 Главный государственный центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз» Минобороны России Контактный адрес: 105094, г. Москва, Госпитальная пл., д. 3 стр. 16, e-mail: nkv64@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3191-6148>.

63.ПАЙКОВ Андрей Юрьевич – кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой медицинской реабилитации, спортивной медицины, физического воспитания с курсом медико-социальной экспертизы, доцент кафедры медицинского права, общественного здоровья и здравоохранения Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России). Контактный адрес: 344029, г. Ростов-на-Дону, пр. Сельма, 98/11, 59; e-mail: andrpaikov@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9914-4239>.

64.ПЕЧЕРЕЙ Иван Олегович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры судебной медицины и медицинского права Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова. Контактный адрес: 127473, город Москва, улица Делегатская, дом 20, стр.1, e-mail: pecherey@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0960-4623>.

65.ПЛАВУНОВ Николай Филлипович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова. Главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи, Главный врач ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы. Контактный адрес: 127473, г. Москва, улица Делегатская, дом 20, стр.1, e-mail: plavunov@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1296-1760>.

66.ПЛЕТЯНОВА Ирина Валерьевна – заведующая отделением экспертизы живых лиц ФГБУ «Российский центр судебно-

медицинской экспертизы» Минздрава России; Контактный адрес: 125284, Москва, ул. Поликарпова, д. 12/13; e-mail: smepletyn@yandex.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6282-9488>.

67. ПОЗДЕЕВ Алексей Родионович – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры судебной медицины с курсом судебной гистологии ФПК и ПП ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия «Минздрава России, 426056 Ижевск, Коммунаров, 281, ИГМА, кафедра 17 Судебной медицины, apozdeev@bk.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6302-5219>.

68. ПОПОВ Вячеслав Леонидович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой судебной медицины и правоведения ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», заведующий кафедрой публичного права ФГБОУ ВО «Государственный университет морского и речного флота им. Адмирала С. О. Макарова». Контактный адрес: 197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8, e-mail: vlpopov1938@mail.ru. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7058-9541>.

69. ПОПОВА Татьяна Геннадьевна – доктор медицинских наук, научный консультант общества с ограниченной ответственностью «Институт Биотехнологий и междисциплинарной стоматологии». Контактный адрес: 119146, Москва, Комсомольский пр-кт, д.32 к.2; e-mail: stom-art2010@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5875-8987>

70. РОДИОНОВА Светлана Олеговна – заместитель главного врача по общим вопросам ГБУЗ города Москвы «Городская клиническая больница № 1 имени Н.И. Пирогова Департамента здравоохранения города Москвы», врач-терапевт, юрист, заслуженный работник здравоохранения Москвы, MBA управление в здравоохранении. Контактный адрес: 129090, Москва, Ленинский проспект д. 8 к. 9; e-mail: RodionovaSO@zdrav.mos.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5158-5836>.

71. РОМАНЕНКО Гульнара Хамидуллаевна – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий учебной частью кафедры судебной медицины, заместитель директора Института методологии профессионального развития ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава

России. Контактный адрес: 125993, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1, e-mail: forensdeprmanpo@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0915-0606>.

72. РОМОДАНОВСКИЙ Павел Олегович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой судебной медицины и медицинского права Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова. Контактный адрес: 127473, город Москва, улица Делегатская, дом 20, стр.1, e-mail: p.romodanovsky@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9421-8534>.

73. РОССИНСКАЯ Елена Рафаиловна – заведующий кафедрой судебных экспертиз, Научный руководитель Института судебных экспертиз Московского государственного юридического университета имени О.Е. Кутафина, доктор юридических наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, почетный работник высшего профессионального образования РФ, академик Российской академии естественных наук. Контактный адрес: Россия, 125993, г. Москва, ул. Садовая-Кудринская, д. 9. e-mail: elena.rossinskaya@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9102-634X>.

74. САВОСТЕЕВ Александр Александрович – врач-судебно-медицинский эксперт отдела особо сложных экспертиз, Казенного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы». Контактный адрес: 628011 г. Ханты-Мансийск, ул. Калинина, 40, e-mail: savosteev@sudmedhmao.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4470-2894>.

75. САМОЙЛОВА Юлия Борисовна – кандидат юридических наук, директор Ростовского филиала Санкт-Петербургской академии Следственного комитета. Контактный адрес: 344064, г. Ростов-на-Дону, ул. Волоколамская, д. 3«В». ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8506-5641>.

76. СЕМЕНОВ Сергей Леонидович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры судебной медицины и медицинского права, ФГБВУО ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия. Почтовый адрес организации: 194000, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6; e-mail: sem5263@yandex.ru. ORCID: 0000-0003-0938-8454.

77. **СКРЕБНЕВ Александр Васильевич** – к.м.н., доцент. 111396 г. Москва, ул. Федеративный проспект, д. 17, корп. 6; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1353-1826>; eLibrary SPIN: 2112-4568; e-mail: skrebnev.a@inbox.ru.
78. **СКРЕБОВ Роман Владимирович** – врач-судебно-медицинский эксперт, начальник Казенного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы». Контактный адрес: 628011, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Калинина, дом 40, помещ. 1001. E-mail: priemnaya@sudmedhmao.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3661-3568>.
79. **СОЙХЕР Марина Ивановна** – кандидат медицинских наук, главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московская областная стоматологическая поликлиника». Контактный адрес: 129110, Москва, ул. Щепкина, 61/2 корпус 1; e-mail: marina-soiher@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5775-698X>.
80. **СОЛОДОВНИК Юлия Анатольевна** – врач - судебно-медицинский эксперт отдела особо сложных экспертиз Казенное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы». Контактный адрес: 628011 г. Ханты-Мансийск, ул. Калинина, 40, e-mail: drulasolodovnik2212@yandex.ru. ORCID: 0000-0003-0699-2365.
81. **СТЕПАНОВА Ольга Георгиевна** – врач-рентгенолог, заведующая лабораторией лучевой диагностики СПб ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»; Контактный адрес: 195067, Санкт-Петербург, Екатерининский пр., д. 10; e-mail: olgastep.1995@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9273-0275>.
82. **СУНДУКОВ Дмитрий Вадимович** – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой судебной медицины Российского университета дружбы народов. Контактный адрес: г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 10, кор. 2 (ГУМСОЦ), ауд. 140. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8173-8944>.
83. **СУХАРЕВА Екатерина Сергеевна** – врач государственный судебно-медицинский эксперт отдела сложных экспертиз ГБУЗ НО

- «НОБСМЭ», пр. Гагарина, д.70, г. Н. Новгород, 603104, e-mail: sme.sukhareva.es@mail.ru; ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5568-4222>.
84. **ТОКТОСУН уулу Бекжан** – ассистент кафедры судебной медицины и правоведения. КГМА им. И.К. Ахунбаева. Адресс:720020. Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92. E-mail: Kafsudmed@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2156-5727>.
85. **ТОЛМАЧЕВ Игорь Анатольевич** – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой судебной медицины и медицинского права Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия. Контактный адрес: 194124, Россия, г. Санкт-Петербург, Суворовский пр., д. 63; e-mail: 5154324@mail.ru. ORCID: 0000-0002-5893-520X.
86. **ТРИШИН Евгений Валерьевич** – доцент, кандидат медицинских наук, заведующий отделением торакальной хирургии 2 ГАУЗ «Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республика Татарстан», г. Казань, Оренбургский тракт, дом 138. Контактный адрес: 422624, Республика Татарстан, Лаишевский район, село Усады, ул. Уютная, дом 2, кв. 146; e-mail: trishin_ev@rambler.ru. ORCID: 0000-0002-7877-2153.
87. **ТРИШИНА Елена Михайловна** – заведующая отделом комплексных экспертиз ГУЗ ЯО «ГУЗ ЯО «Ярославское областное бюро судебно-медицинской экспертизы» г. Ярославль, ул. Загородный сад, дом 9. Контактный адрес: 150999, г. Ярославль, ул. Загородный сад, дом 9; e-mail: sudmedyar@yandex.ru. ORCID: 0000-0003-2318-8264.
88. **ТУРАНОВ Олег Александрович** – заместитель начальника ГУЗ «Забайкальское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы»; ассистент кафедры судебной медицины, правоведения и биоэтики ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия». Контактный адрес: 672038, Чита, ул. Матвеева, д. 64; e-mail: 2runoff75rus@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9688-7763>.
89. **ТУРГАНБАЕВ Айбек Эркинович** - доцент кафедры судебной медицины и правоведения. КГМА им. И.К. Ахунбаева. Адресс:720020. Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92. E-mail: Kafsudmed@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7518-8544>.

90. **ТУЧИК Евгений Савельевич** – доктор медицинских наук, профессор кафедры судебной медицины ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России; заведующий организационно-методическим отделом, врач – судебно-медицинский эксперт ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России; Москва, ул. Поликарпова, д. 12/13; e-mail: tuchik@gc-sme.ru. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4330-2327>.
91. **ФЕДЬКО Илья Игоревич** – кандидат медицинских наук, доцент, заместитель начальника по организационно-методической работе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Краевое Бюро судебно-медицинской экспертизы», доцент кафедры судебной медицины и права с курсом дополнительного последиplomного образования Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 355000, г. Ставрополь, ул. Дзержинского, д. 70, e-mail: fedkoi@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7314-1221>.
92. **ФЕТИСОВ Вадим Анатольевич** – доктор медицинских наук, врач судебно-медицинский эксперт отделения особо сложных повторных комиссионных и комплексных экспертиз СПб ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»; врач судебно-медицинский эксперт кафедры судебной медицины и медицинского права Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова Минобороны России. Контактный адрес: 195067, Санкт-Петербург, Екатерининский пр., д. 10; e-mail: f_yaddimm64@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9083-9082>.
93. **ХАДИЕВА Елена Дмитриевна** – заведующая патологоанатомическим отделением Бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружная клиническая больница», главный внештатный патологоанатом Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. 628011 г. Ханты-Мансийск, ул. Калинина, 40, e-mail: hadievaed@okbhmao.ru. ORCID: 0000-0002-4470-289.
94. **ХАЗИЗУЛИН Виталий Биладуевич** – аспирант Московской академии Следственного комитета Российской Федерации; руководитель третьего отдела по расследованию особо важных дел следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Приморскому краю, полковник юстиции; старший

преподаватель Владивостокского государственного университета экономики и сервиса. Контактный адрес: 690106, Владивосток, пр. Красного Знамени, д. 42; e-mail: hazizulinvitali@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2897-4459>

95. **ХРОМОВ Дмитрий Александрович** – заведующий отделом сложных и комиссионных экспертиз ГУЗ «Липецкое областное БСМЭ», Липецк, Россия. Контактный адрес: 398017, Россия, г. Липецк, ул. Гришина, д.17; e-mail: chrom2000@mail.ru. ORCID: 0000-0001-9257-7621

96. **ХРУСТАЛЕВА Юлия Александровна** – доктор медицинских наук, доцент, доцент кафедры (судебной медицины и медицинского права) ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург. Контактный адрес: 194124, Россия, г. Санкт-Петербург, Суворовский пр., д. 63; e-mail: khrustaleva-julia@yandex.ru. ORCID 0000-0001-5282-7219.

97. **ШЕПЕЛЕВ СЕРГЕЙ ВАЛЕРЬЕВИЧ** – руководитель первого контрольно-следственного отдела следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Удмуртской Республике, выпускник аспирантуры ФГКОУ ВО «Московская академия Следственного комитета Российской Федерации». Контактный адрес: 426034, Удмуртская Республика, г. Ижевск, ул. Лихвинцева, д. 49; e-mail: PK_Ruk@18.sledcom.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4311-3809>.

98. **ШИШКИН Юрий Юрьевич** – доктор медицинских наук, исполняющий обязанности начальника ОБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Ивановской области», профессор кафедры судебной медицины и правоведения ФГБОУ ВО ИвГМА МЗ России. Контактный адрес: 153003, г. Иваново, улица Парижской Коммуны, дом 5Г, E-mail: shishkinuu@rambler.ru. ORCID iD 0000-0002-1029-905.

99. **ШКУРИНА Ирина Борисовна** – врач-судебно-медицинский эксперт отдела комплексных экспертиз ГБУЗ РК «Бюро судебно-медицинской экспертизы». Контактный адрес: 185005, г. Петрозаводск, ул. Льва Толстого, д. 38, e-mail: irina210181@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2180-5102>.

100. **ШМАРОВ Леонид Александрович** – кандидат медицинских наук, заместитель директора ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России по экспертной работе.

Контактный адрес: 125284, Москва, ул. Поликарпова, д. 12/13; e-mail: shmarov@rc-sme.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4233-3538>.

101. **ЭДЕЛЕВ Иван Сергеевич** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры клинической судебной медицины ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, врач государственный судебно-медицинский эксперт отдела сложных экспертиз ГБУЗ НО «НОБСМЭ», пр. Гагарина, д. 70, г. Н. Новгород, 603104, e-mail: edelev111f133@yandex.ru, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5852-3758>. SPIN:5451-2011.
102. **ЭДЕЛЕВ Николай Серафимович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической судебной медицины ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, исполняющий обязанности начальника ГБУЗ НО «НОБСМЭ», пр. Гагарина, д.70, г. Н. Новгород, 603104, e-mail: nikolaiedelev@yandex.ru, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-7341-8833>; eLibrary SPIN:1262-3891.
103. **ЯЦЕНКО Дмитрий Станиславович** – врач – судебно-медицинский эксперт высшей квалификационной категории; заведующий отделом, врач – судебно-медицинский эксперт отдела комплексных экспертиз ГОБУЗ «Областное Мурманское бюро судебно-медицинской экспертизы». Контактный адрес: 183027, Мурманская область, г. Мурманск, ул. Радищева, д. 29, лит. А; e-mail: murmansk@ombsme51.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6702-569X>.
104. **ЯЦИНЮК Борис Борисович** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии БУ ВО «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия», врач токсиколог отдела особо сложных экспертиз КУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», член коллегии Минздрава РФ по специальности «токсикология», главный токсиколог департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югра, профессор РАЕ. Контактный адрес: 628011 г. Ханты-Мансийск, ул. Калинина, 40, помещение 1001. e-mail: tocsboris@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0372-2856>.

Для заметок

Научное издание

Труды

**ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

**«ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ:
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД»**

12–13 мая 2022 года

под общей редакцией доктора медицинских наук И.Ю. Макарова

Оригинал-макет подготовлен
ФГБУ РЦСМЭ Минздрава России

Подписано в печать 12.04.2022.

Формат 60x90/16. Бумага офсетная. Гарнитура Times.

Уч.-изд. л. 18,32. Усл.-печ. л. 22,34. Заказ № 2947.1. Тираж 300.

Отпечатано в типографии ООО «Принт».

426035, г. Ижевск, ул. Тимирязева, 5.

ISBN 978-5-9631-0944-1



9 785963 109441