

**ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России
кафедра анестезиологии, реаниматологии и интенсивной
терапии ФПО**

МЕДИКО-ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

**д.м.н., профессор, заслуженный работник высшей школы
Российской Федерации,
«Почетный член ФАР»,
«Почетный член Ассоциации акушерских анестезиологов-
реаниматологов»**

С.А. Сумин

15 съезд ФАР

Москва, 17-20 сентября 2016

Русская народная пословица

**От тюрьмы и от сумы
не зарекайся**

Вечные два вопроса

1. Каковы обязанности врачающего по отношению к больному?
2. Какую он несет ответственность за неблагоприятные исходы лечения?

Во все времена существовали писанные и неписанные законы, регулирующие эти два основных вопроса. Эти законы на протяжении истории были весьма разнообразны.

Вавилон

царь Хаммурапи,
правил в 1792-1750 годах до нашей эры

Царь Хаммурапи получает законы от солнечного бога Шамаша (рельеф верхней части столба Свода Законов)

Копия стелы с Законами Хаммурапи из Королевского музея Онтарио (деталь)
Париж, Лувр



Вавилон

Из свода законов вавилонского царя Хаммурапи,
правившего в 1792-1750 годах до нашей эры

§ 215. Если врач произвел кому-нибудь трудную операцию медным ножом и спас ему жизнь или снял кому бельмо медным ножом и сохранил ему глаз, то должен получить 10 сиклей серебра.

§ 218. Если врач производит кому-нибудь тяжелую операцию медным ножом и причиняет ему смерть, снимает кому-нибудь бельмо и лишает его глаза, то должно отсечь ему руки.

В наше время

Понятие **ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ** следует понимать как государственное принуждение к исполнению требований права (закона).

Ответственность медицинских работников за нарушение прав граждан в сфере здравоохранения может быть:

- гражданской,
- уголовной,
- административной
- дисциплинарной.

С точки зрения и врача, и пациента, наиболее важными из них являются **гражданская и уголовная**, так как в результате гражданского или уголовного правоприменения пациент может получить возмещение за понесенный ущерб, а врач - понести материальную и уголовную ответственность.

Гражданская и УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Если к гражданской ответственности может быть привлечено как физическое (например, конкретный медицинский работник), так и юридическое лицо (например, ЛПУ), то к уголовной ответственности может быть привлечено только конкретное физическое лицо, либо группа лиц. Наиболее частыми правонарушениями, совершаемыми медицинскими работниками и влекущими за собой уголовную ответственность, являются:

■ **преступления против жизни и здоровья:** 1) причинение смерти по неосторожности (ст. 109); 2) причинение умышленного вреда здоровью (ст. 111, 112, 115); 3) причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ст. 118); 4) заражение ВИЧ-инфекцией (ст. 122); 5) неоказание помощи больному (ст. 125);

■ **преступления против здоровья населения и общественной нравственности:** 1) незаконное изготовление, приобретение, хранение и перевозка, либо сбыт наркотических средств и психотропных веществ (ст. 233); 2) хищение или вымогательство наркотических средств и психотропных веществ (ст. 229);

■ **преступления против государственной власти:** 1) превышение должностных полномочий (ст. 286); 2) получение взятки (ст. 290); 3) служебный подлог (ст. 292); халатность (ст. 293).

Что на первом месте?

Преступления против жизни и здоровья:

Причинение смерти по неосторожности (ст. 109);

Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ст. 118).

В чем разница юридических понятий: убийство и причинение смерти по неосторожности?

Убийство – это есть умышленное причинение смерти.

Причинение смерти по неосторожности — результат грубой недисциплинированности, невнимательности, неосмотрительности, ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей.

Статья 109. ч.2. Причинение смерти по неосторожности

2. Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей -

наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, **либо лишением свободы на тот же срок (до трех лет) с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.**



Статья 118. ч.2. Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности

2. То же деяние, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, - наказывается ограничением свободы на срок до четырех лет, либо принудительными работами на срок до одного года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, **либо лишением свободы на срок до одного года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.**

Ненадлежащее исполнение лицом своих профессиональных обязанностей. Что это такое?

Под ненадлежащим исполнением лицом своих профессиональных обязанностей понимается совершение деяний, не отвечающих полностью или частично официальным требованиям, предписаниям, правилам, в результате чего здоровью потерпевшего причиняется тяжкий вред или наступает его смерть .

По делам данной категории должно быть установлено, какие именно профессиональные обязанности нарушил виновный. Данная норма подлежит применению только при условии, что содеянное не образует состава иного преступления (в частности, предусмотренного ч. 2 ст. 124, ч. 2 ст. 143, ч. 2 ст. 215, ч. 2 ст. 216, ч. 2 ст. 217, ч. 2 ст. 219, ч. 2 ст. 220, ч. 2 ст. 236, ч. 3 ст. 238, ч. 3 ст. 247, ч. 2 ст. 248, ч. 3 ст. 251, ч. 3 ст. 252, ч. 3 ст. 254, ч. 2 ст. 293 УК).

Официальные требования, предписания, правила.

Что это такое?

Официальные требования, предписания, правила

Правила в медицине существуют в виде нормативной документации, изданной в установленном Законом порядке, это: порядки и стандарты оказания медицинской помощи, приказы, методические рекомендации, указания, другие правовые акты.

Уполномоченным органом государственной власти по разработке стандартов является Министерство здравоохранения РФ. Их разработка проводилась и производится в соответствии с требованиями, утвержденными Приказом Минздрава №303 от 03.08.99.

После процедуры официального утверждения (**издание соответствующего приказа**) и его регистрации в Министерстве юстиции, стандарты, приказы, инструкции и др. документы ***считаются нормативными, т.е. обязательными к исполнению***, как государственными лечебными учреждениями, так и частными на территории РФ. ***Они предусматривают алгоритмы диагностики и лечения заболеваний с указанием кратности назначений услуг, доз лекарств.***

Законодательные документы

- Конституция РФ
- Законы РФ
- Постановления Правительства РФ
- Приказы министерств и ведомств
- Другие документы

Некоторые статьи

**ФЗ N 323-ФЗ ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ
ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

Статья 37. **ФЗ N 323** Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи

1. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с **порядками оказания медицинской помощи**, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе **стандартов медицинской помощи**.

2. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

3. Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя:

- 1) этапы оказания медицинской помощи;
 - 2) правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача);
 - 3) стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;
 - 4) рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений;
 - 5) иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.
4. Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:
- 1) медицинских услуг;
 - 2) зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения;
 - 3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;
 - 4) компонентов крови;
 - 5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;
 - 6) иного исходя из особенностей заболевания (состояния).
5. Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной

Статья 73. ФЗ N 323 Обязанности медицинских работников и фармацевтических работников

1. Медицинские работники и фармацевтические работники осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии.

2. Медицинские работники обязаны:

1) оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями;

2) соблюдать врачебную тайну;

3) совершенствовать профессиональные знания и навыки путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях в порядке и в сроки, установленные уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

Крайне важно!

2. Медицинские работники обязаны:

1) оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями;

Прошу обратить особое внимание: в вышеуказанной 73 статье **ФЗ N 323** не содержится ни одного слова о Стандартах.

Как это понимать?

Решение Верховного Суда РФ от 2014 г. № ФКПИ 14-152

Применение стандартов медицинской помощи признано обязательным, что подтверждено, например определением Верховного Суда РФ от 31 июля 2014 г. № АПЛ 14-30: «Доводы представителя Минздрава России Андре А.А. о том, что стандарт медицинской помощи больным с инсулинозависимым сахарным диабетом не является нормативным правовым актом, носит рекомендательный характер, являются несостоятельными и не могут служить основанием для отказа в удовлетворении заявленных требований».

Оргвывод. В любом стандарте есть усредненный показатель частоты предоставления. Этот показатель может колебаться от сотых долей до 1. Единица означает, что частота предоставления данной услуги должна быть равна 100%, а ее неисполнение может быть расценено как факт ненадлежащего выполнения служебных обязанностей.

Комментарии к нормативной документации

В приказе МЗ РФ № 73 от 04.03.03 г. **По определению момента смерти человека, отказу от применения или прекращению реанимационных мероприятий**, содержится следующая информация (цитата):

«III. Прекращение реанимационных мероприятий

4. Реанимационные мероприятия прекращаются только при признании этих мер абсолютно бесперспективными или констатации биологической смерти, а именно:

при констатации смерти человека на основании смерти головного мозга, в том числе на фоне неэффективного применения полного комплекса мероприятий, направленных на поддержание жизни;

при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций в течение 30 мин».

Комментарий. На основании данного приказа однозначно можно трактовать, что если врач проводит реанимационные мероприятия продолжительностью менее 30 мин, это следует расценивать как факт ненадлежащего исполнения служебных обязанностей.

Виды ответственности за ненадлежащее исполнение служебных обязанностей

Само по себе ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей должно повлечь за собой *дисциплинарную*, но не уголовную ответственность. Если же тяжкий или средней тяжести вред здоровью больного причинно связан с действием (бездействием) врача или сестры, то эти лица подлежат *уголовной ответственности*, если не доказано, что возникший вред входит в комплекс неизбежных ятрогенных повреждений.

Обстоятельства, исключающие преступность деяния

Статья 41 УК РФ «Обоснованный риск».

Не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели.

Риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам.

Обоснованный риск является, как правило, риском профессиональным (риск заболеть при введении себе или своему родственнику новой вакцины). Законом признается обоснованным риск правомерный, т.е. он необходим для достижения социально-полезных целей (спасение жизни или здоровья людей) при условии, что лицо, пошедшее на риск, должно предпринять все необходимые меры для предотвращения возможного вреда.

Обстоятельства, исключающие преступность деяния

Статья 39 УК РФ. «Крайняя необходимость»

Не является преступлением причинение охраняемым уголовным законом интересам в состоянии крайней необходимости, т. е. для устранения опасности, непосредственно угрожающей интересам личности..., если эта опасность не могла быть устранена иными средствами и при этом было допущено превышение пределов крайней необходимости.

Поскольку операция по жизненным показаниям всегда предпринимается для предотвращения неминуемой смерти, которая должна наступить без такого вмешательства, последнее, бесспорно, подпадает под понятие крайней необходимости. По существу понятие крайней необходимости предполагает два основных определяющих положения: 1) невозможность устранения опасности иными средствами, кроме причинения вреда; 2) причинение вреда меньшего, чем вред предотвращенный, как в количественном, так и в качественном отношениях.

Что говорит Закон о возможных исходах лечения?

Ст. 20 ФЗ РФ N 323 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» гласит: «Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи».

Риск — характеристика ситуации, имеющей неопределённость исхода, при обязательном наличии неблагоприятных последствий (Материал из Википедии — свободной энциклопедии).

Таким образом, согласно нормы ст. 20 ФЗ РФ N 323, Законом признается, что «методы оказания медицинской помощи» всегда связаны «с риском» и возможны «его последствия».

Если по факту ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей возбуждено уголовное дело и идет следствие...

- **для него важнейшим компонентом является получение показательства вины или ее отсутствия**

Статья 74. Доказательства

[Уголовно-процессуальный кодекс РФ]

1. Доказательствами по уголовному делу являются любые сведения, на основе которых суд, прокурор, следователь, дознаватель в порядке, определенном настоящим Кодексом, устанавливает наличие или отсутствие обстоятельств, подлежащих доказыванию при производстве по уголовному делу, а также иных обстоятельств, имеющих значение для уголовного дела.

2. В качестве доказательств допускаются:

- показания подозреваемого, обвиняемого;
- показания потерпевшего, свидетеля;
- заключение и показания эксперта;
- заключение и показания специалиста;
- вещественные доказательства;
- протоколы следственных и судебных действий;
- иные документы.

Доказательная база в ходе следствия

В ходе следствия должно быть доказано, что между действиями (бездействием) врача или сестры и вредными последствиями здоровью есть причинная связь. В основу аргументации должен быть положен анализ нормативной документации, содержащей описание алгоритмов диагностики и лечения заболеваний с указанием кратности назначений услуг, доз лекарств, но никак не ссылки на должностные инструкции или какие-либо другие нормативные документы, содержащие общие, но ничего не говорящие фразы типа: «...врач обязан был оказывать реанимационную помощь больным на уровне современных достижений медицинской науки и практики, в необходимых случаях вправе вызывать для консультации и лечения своих больных врачей других специальностей» (цитата из ВОЗРАЖЕНИЯ на кассационную жалобу осужденного).

Следует обратить внимание, что источники медицинских знаний (учебники, монографии, руководства и т. д.) не могут являться доказательной базой, т.к. они не являются нормативной документацией.

Доказательная база для суда

СМЭ

Действующая правовая база о проведении СМЭ

Федеральный закон от 31 мая 2001 г. N 73-ФЗ
"О государственной судебно-экспертной деятельности в
Российской Федерации"
(с изменениями от 30 декабря 2001 г.)

В статье 8. Объективность, всесторонность и полнота исследований, написано:

«Заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных».

Статья 25. Заключение эксперта или комиссии экспертов и его содержание

«В заключении эксперта или комиссии экспертов должны быть отражены:

оценка результатов исследований, обоснование и формулировка выводов по поставленным вопросам».

Кому закон писан, а кому и нет

Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА России), заключение эксперта

Вопрос. *«Правильно ли были выбраны тактика и объем медицинской помощи на каждом из этапов развития аллергической реакции? Какими правовыми актами определяется порядок ее оказания при ранее имеющихся, а также возникшей в период оказания МММ медицинской помощи патологии?»*

Ответ на вопрос 9. За исключением «Стандарта медицинской помощи больным с анафилактическим шоком неуточненным», утвержденного Минздравсоцразвития РФ применительно к догоспитальному этапу ее оказания (приказ от 04.09.2006 г. №626), других правовых и нормативных актов, регламентирующих порядок оказания медицинской помощи в случае развития у пациента аллергической реакции, на настоящий момент нет.

В связи с этим тактика и объем медицинской помощи определяется в каждом конкретном случае с учетом коллективного (изложен в соответствующих руководствах, монографиях, других научных и методических изданиях) и личного опыта оказывающего медицинскую помощь врача.

Кому закон писан, а кому и нет

ФГУ Российский центр судебно-медицинской экспертизы федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию
Заключение эксперта № 190/09

Вопрос тот же самый

Вопрос. *«Правильной ли были тактика и объем медицинской помощи на каждом из этапов развития аллергической реакции? Какими правовыми актами определяется порядок ее оказания при ранее имеющихся, а также возникшей в период оказания МММ медицинской помощи патологии?»*

Ответ. 1. Тактика и объем медицинской помощи МММ, за исключением позднего проведения трахеостомии, необходимой для устранения препятствий воздушной проходимости была правильной.

2. **Изучение правовых актов не входит в компетенцию комиссии экспертов.**

Кому закон писан, а кому и нет

**МО РФ Главный государственный центр судебно-медицинских
и криминалистических экспертиз**

Заключение эксперта №12/10

Вопрос все тот же самый

Вопрос. *«Правильно ли были тактика и объем медицинской помощи на каждом из этапов развития аллергической реакции? Какими правовыми актами определяется порядок ее оказания при ранее имеющихся, а также возникшей в период оказания МММ медицинской помощи патологии?»*

Ответ. «Правовые акты» подразумевают систему знаний, навыков, условий, обеспечивающих возможность выполнения определенного вида медицинской деятельности, относятся к организации лечебно-диагностического процесса и направлены на улучшение качества оказания медицинской помощи в целом. Оказание медицинской помощи должно осуществляться в соответствии с полученными знаниями врачом в процессе обучения, повышения квалификации и базироваться на положениях медицинской науки, изложенных в учебниках, монографиях, методических рекомендациях и других источниках информации».

Юридический словарь он лайн

ПРАВОВОЙ АКТ - официальный письменный документ или действие, исходящие от уполномоченных органа государственной власти или местного самоуправления, должностного лица, которыми устанавливаются определенные правила поведения участников общественных отношений.

Примечание. Хотелось бы обратить снова внимание, что в данном определении нет ни слова про учебники, монографии и т.д.

И еще по поводу вышеприведенного вывода

Хотелось бы вернуться к вышеприведенной информации:

«Оказание медицинской помощи должно осуществляться в соответствии с полученными знаниями врачом в процессе обучения, повышения квалификации и базироваться на положениях медицинской науки, **изложенных в учебниках, монографиях**, методических рекомендациях и других источниках информации».

Мои комментарии. Положения, изложенные в источниках медицинских знаний и нормативной документации могут существенно различаться.

Пример

Источник медицинских знаний: Интенсивная терапия : национальное руководство : в 2т. / под ред. Б.Р. Гельфанда, А.И.Салтанова. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009. – Т.II. с. 201.

Раздел: Термическая травма

Подраздел: Помощь на догоспитальном этапе

Цитата: «Укрытие ожоговой поверхности стерильной марлевой повязкой (мазевые повязки не используют)».

Нормативный документ: СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ НЕСКОЛЬКИХ ОБЛАСТЕЙ ТЕЛА НЕУТОЧНЕННОЙ СТЕПЕНИ. Утвержден Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 августа 2007 г. № 566.

С соответствием с данным документом, на ожоговую поверхность должен наноситься гидрогель с антимикробным, обезболивающим и охлаждающим действием, или накладываться повязка гелевая, но никак не «стерильная марлевая повязка».

Кому закон писан, а кому и нет

Российский центр судебно-медицинской экспертизы федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Заключение эксперта №333/09

Другое уголовное дело, другой вопрос

Вопрос. *Соответствовали осуществленные на следующих этапах оказания медицинской помощи С.И.Н. диагностика и лечение стандартам оказания медицинской помощи, иным нормативным документам, методическим указаниям и рекомендациям, научным рекомендациям и иным требованиям, являются ли примененные методики научно-обоснованными?*

Ответ. Оценка соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам оказания медицинской помощи, иным нормативным документам, методическим указаниям и рекомендациям не входит в компетенцию судебно-медицинской комиссии.

Кому закон писан, а кому и нет. Резюме.

Приведены ответы из 3-х ведущих учреждений РФ , проводящих СМЭ. Это:

1. Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА).
2. МО РФ Главный государственный центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз.
3. Российский центр судебно-медицинской экспертизы федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.

На один и тот же вопрос получены принципиально разные ответы, причем только в СМЭ ФМБА делается ссылка и приводится анализ нормативной документации, а остальные учреждения прямо заявляют, что оценка соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам оказания медицинской помощи, иным нормативным документам, методическим указаниям и рекомендациям не входит в компетенцию судебно-медицинской комиссии.

С моей точки зрения, наблюдается документально подтвержденное нарушение требований ст. 8 и ст. 25 ФЗ "О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ," требующих чтобы выводы эксперта были обоснованными и дающих возможность проверить их обоснованность и достоверность.

В конечном итоге получается, что частное мнение экспертов, становится отправной точкой для суда.

Типичные нарушения правовой базы при проведении СМЭ

Правовая оценка действий врача, которая возможна только на основании анализа нормативной документации, обычно подменяется анализом способов лечения.

Любой вид патологии (любая болезнь) имеет различные способы лечения. Если отсутствуют нормативные документы, регламентирующие лечение данной болезни, то способ лечения определяет лечащий врач.

В ст. 70. ФЗ ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (2011) написано:

«...Лечащий врач организует совместное и квалифицированное обследование и лечение пациента»...

Пример, как не должно быть при проведении СМЭ

Вопрос следователя. *«Является ли количество возможных неудачных попыток интубации неограниченным или существуют критерии, при наличии которых требуется проведение экстренной конико- или трахеостомии?».*

Ответ экспертов. Согласно научным и практическим данным необходимо провести не более 2–3 попыток интубации в пределах времени действия одной дозы миорелаксанта у рожениц, в случае неудачи провести трахеостомию.

Комментарии. 1. Не указан нормативный документ, которого, кстати говоря, и нет. Следовательно, вывод является частным мнением ..

2. И.В. Молчанов и соавт., (2006) в монографии: Трудный дыхательный путь с позиции анестезиолога-реаниматолога (Пособие для врачей) приводит частоту встречаемости трудной интубации по данным мировой статистика от 1 до 3.8%.

3. Следуя логике экспертов, у 2% больных, перенесших оперативное вмешательство под общим наркозом, по ходу наркоза должны были быть произведены операции трахестомии.

4. Данные по БСМП г. Курска. За 2005-2009 годы проведено 5873 экстренных (4170) и плановых (1713) оперативных вмешательств с использованием интубационного наркоза. Частота трудных интубаций – 1-2%. Число трахеостомий, проведенных на операционном столе – 0.

Пример, как не должно быть при проведении СМЭ

5. **Ответ других экспертов на тот же вопрос.** *Вопрос носит теоретический характер и судебно-медицинской оценке комиссией экспертов не подлежит.*
6. **Еще один ответ на тот же вопрос.** *Поскольку нормативные документы (приказы Минздрава, общероссийские стандарты и протоколы, инструкции, предписания и т.д.) регламентирующие количество возможных неудачных попыток отсутствуют, вопрос носит теоретический характер, в связи с чем экспертной оценке не подлежит.*

Пример

- Октябрьский районный суд г. Белгорода от 11 января 2011 года вынес обвинительный приговор по ч 2. с. 109 УК РФ врачу имеющему два сертификата: хирургия и отоларингология. Стаж работы более 25 лет.
- Предоперационный эпикриз: больной К., 52 лет, поступил 18.05.2009г. В ООД. Проводилась операция по поводу папилломатоза гортани.
- Таких операций данный врач произвел более 500.

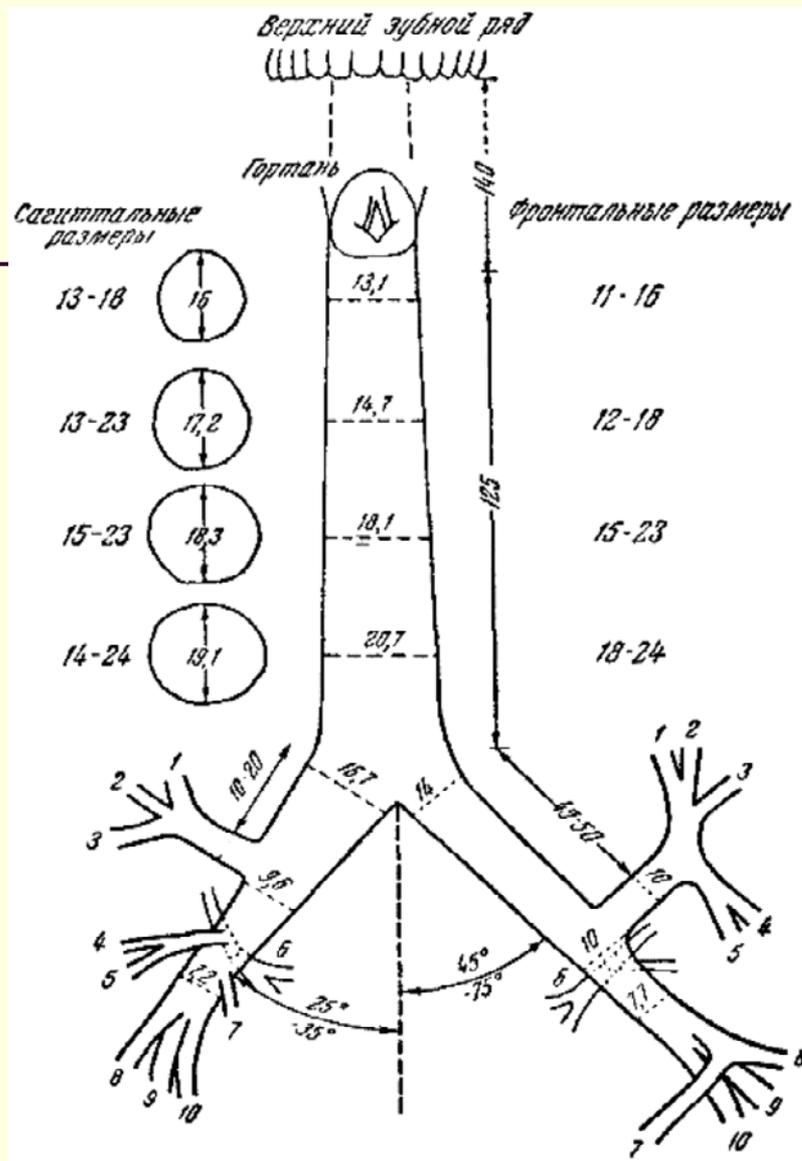


Рис. 1.24. Размеры трахеи и главных бронхов в мм (И. С. Жоров, 1964).

Данные СМЭ

7. Ответ на вопрос

Что явилось причиной повреждения мембранозной части трахеи К. В.И., является ли это повреждение механическим либо образовалось в результате какого-либо заболевания, имевшегося у К. В.И.?»

Причиной повреждения мембранозной части трахеи у К.В.И. явилось травмирующее воздействие предмета обладающего режущими свойствами при нижней трахеостомии 21.05.2009г. по поводу папилломатоза гортани. Это повреждение механическое, в стенке трахеи при детальном гистологическом исследовании патологии (каких либо заболеваний) не обнаружено.

8. Ответ на вопрос:

В случае если повреждение мембранозной части трахеи образовалось в результате механического повреждения, то кем и вследствие каких действий оно было причинено?

Резаное повреждение задней стенки трахеи возникло при проведении операции нижней трахеостомии предметом обладающим колюще-режущими свойствами (скальпель (или бранши ножниц) в условиях переразгибания шеи оперирующим хирургом.

На этапе предварительного следствия мне был задан вопрос:

Мог ли врач, при проведении операции больному К.В.И. в описанных выше условиях, скальпелем либо хирургическими ножницами причинить повреждение задней мембранозной части трахеи, учитывая, что начало дефекта мембранозной части трахеи находилось ниже трахеостомического отверстия на 4 см?

Информация представлена на электронном носителе, что теоретически исключает неточность записи моего выступления в суде

Ответ. Более 2000 тысяч лет назад древнегреческий ученый Пифагор вывел свою знаменитую формулу, позволяющую определить размер гипотенузы треугольника, по размерам катетов. Повреждение задней мембранозной части трахеи было расположено на 4 см ниже разреза трахеи проведенного врачом С.А.Г. Ширина трахеи в месте ее повреждения составляет 2 см. Таким образом, чтобы достать скальпелем до верхнего края так называемого разреза, хирург должен был бы ввести в хирургическую рану скальпель на 4,5 см, но это только чтобы дотянуться скальпелем до начала повреждения. Прибавьте сюда еще и саму протяженность дефекта – 4 см. Получается, чтобы сделать повреждение скальпелем задней мембранозной части трахеи, хирург должен был ввести в рану скальпель на глубину минимум на 8,5-9 см и целенаправленно произвести разрез. Спрашивается, а за что же держался, хирургу, если вся длина самого одноразового скальпеля составляет всего 14 см вместе со сменной режущей частью, равной 4 см. Далее. Если бы это был бы разрез, то он однозначно должен был бы идти сверху вниз по ходу трахеи, и его, разреза, протяженность, должна была бы составлять не 4 см, а 8-9 см.

Ну и встает закономерный вопрос о мотивации действий. Хирург сделал сотни аналогичных операций по стандартной технологии и у него никогда не было никаких осложнений. И вдруг, в данном конкретном случае, он решил запустить в рану скальпель на глубину 9 см. Спрашивается, а зачем? Ведь трахея уже была вскрыта.

Говорить о нанесении повреждения ножницами тоже несостоятельно. Во первых, бранши у ножниц специально закругленные, для исключения травматизации тканей, во вторых, я технически даже не представляю, как это можно через маленький разрез, сделанный хирургом, ввести в рану на глубину 8-9 см ножницы, в сомкнутом состоянии, потому что в разомкнутом состоянии их туда просто не ввести, и самое главное, а зачем?

Таким образом, на основании вышеприведенного, я считаю, что Гагин С.А., при проведении операции больному Коровину В.И. в описанных выше условиях, скальпелем либо хирургическими ножницами причинить повреждение задней мембранозной части трахеи, не мог.

Из приговора Октябрьского районного суда г. Белгорода от 11 января 2011 года
указано, что я был допрошен в ходе предварительного следствия по уголовному делу
Гагина Сергея Александровича.

«Сумин С.А. - заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии факультета постдипломного образования Курского государственного медицинского университета подтвердил, что при интубациях случаются осложнения, в том числе и из-за разрыва трахеи, но данный вид патологии встречается довольно редко, в количестве 6-8 на 10000 операций. Причины разрыва трахеи окончательно не изучены, считает, что в основе разрывов, вероятнее всего, лежат индивидуальные анатомические особенности строения трахеи у конкретного больного. Полагает, что при ширине трахеи 2 см, с учетом того, что повреждение задней мембранозной части трахеи было расположено на 4 см ниже разреза верхней стенки трахеи, то врач должен был ввести хирургический инструмент минимум на 4,5 см. Поэтому считает, что Г.С.А., при проведении операции больному К. в описанных выше условиях, скальпелем либо хирургическими ножницами причинить повреждение задней мембранозной части трахеи не мог».

Пример искажения показаний.

Мои показания были представлены на электронном носителе, так что ошибка записи моего выступления исключается

- Мною было сказано: «чтобы сделать повреждение скальпелем задней мембранозной части трахеи, хирург должен был ввести в рану скальпель на глубину минимум на 8,5-9 см и целенаправленно произвести разрез».
- Мои показания искажены и представлены в другом виде: «врач должен был ввести хирургический инструмент минимум на 4,5 см».

ГУ Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского РАМН, НИИ

Паршин Владимир Дмитриевич, д.м.н., проф.
зав. отделения хирургии легких и
средостения. Его диагноз:

Постинтубационный разрыв мембранозной
части трахеи.

Это есть факт осложнения метода лечения,
но никак не факт ненадлежащего
исполнения служебных обязанностей.

ФГБУ Российский центр судебно-медицинской экспертизы федерального
агентства по здравоохранению и социальному развитию
Заключение эксперта № 251/12
другое уголовное дело

Вопрос №11. Является ли разрыв трахеи у ХХХ следствием ненадлежащего исполнения своих профессиональных (должностных) обязанностей врачей ОБУЗ «Курская городская клиническая больница №4», если да, то кем именно из врачей были ненадлежаще исполнены свои профессиональные, должностные обязанности?

Ответ на вопрос №11. Разрыв трахеи у ХХХ является следствием ненадлежащего исполнения своих профессиональных (должностных) обязанностей врача ОБУЗ «Курская городская клиническая больница №4», непосредственно проводившего интубацию.

Еще одно уголовное дело. Постинтубационное повреждение трахеи.

ПРОТОКОЛ допроса специалиста от 05 июня 2013 года по уголовному делу № 8445

В соответствии с квалификационными требованиями Приказа Министерства здравоохранения СССР от 21 июля 1988 г. N 579 (в ред. Приказа Минздрава РФ от 25.12.1997 N 380) «Интубация трахеи методом прямой ларингоскопии, вслепую через рот и носовые ходы под наркозом и местной анестезией (далее – интубация трахеи)» без ее описания и порядка исполнения входит в перечень манипуляций, которыми должен владеть анестезиолог-реаниматолог.

Манипуляция «интубация трахеи» характеризуется наличием технологического недостатка: врач анестезиолог-реаниматолог, проводящий интубацию трахеи, в силу того факта, что манипуляция производится вслепую, т.е. без визуального контроля продвижения интубационной трубки по трахее, практически не может реально предвидеть возможность наступления постинтубационного повреждения (разрыва) трахеи, причем не может этого сделать и при должной предусмотрительности и внимательности, т.к. не имеется строго доказанных, четко определенных признаков постинтубационного повреждения трахеи в процессе самой ее интубации.

Установить наличие дефекта оказания медицинской помощи можно только при наличии нормативной документации, регламентирующей порядок проведения манипуляции: «интубация трахеи».

В отсутствие исполнения Министерством здравоохранения РФ своего обязательства по установлению правил и стандарта исполнения манипуляции «интубация трахеи» (ст. 37 ФЗ N 323), установить факт ненадлежащего исполнения врачом своих профессиональных обязанностей данной манипуляции у Щербаковой З.Е. (соответствие стандартам медицинской помощи, порядкам оказания медицинской помощи и иным нормативным документам, методическим указаниям и рекомендациям, научным рекомендациям и иным требованиям) не представляется возможным.

Газета ПРАВДА

Орган ЦК КПСС. 1953 г.



Наша государственная партия Советского Союза

ПРАВДА

Орган Центрального Комитета
Коммунистической партии Советского Союза

№ 12 62340

Пятница, 11 января 1953 года

ЦЕНА 28 КОП.

ПЛАТНЫЕ
Подписки
на 12
месяцев
включая
доставку
по почте
1 руб. 20 коп.
в год
по 10 коп.
в день
с 1 января

ПОДЛЫЕ ШПИОНЫ И УБИЙЦЫ ПОД МАСКОЙ ПРОФЕССОРОВ-ВРАЧЕЙ

Впервые опубликованы документы ТАСС об
одной из групп вражеских шпионов. Эта тер-
рористическая группа, раскрывая все
время свою работу в области индустри-
альной шпионажа, ставила своей
целью уничтожение важнейших со-
ветских предприятий и заводов Совет-
ского Союза.

Впервые в том, что были убиты
в свое время стенографистка, что была
дана в начале января 1953 года
для ликвидации в самодельном
или под предлогом заезда в
здании. Работники в час ночи
Шеде это устройство была дано
тем же предприятием в 1953 году.

Подлые шпионы и убийцы наших дней

26 декабря 2011 года Железнодорожный городской суд Московской области вынес обвинительный приговор очередному врачу-вредителю. Все до боли знакомо: врач анестезиолог-реаниматолог при проведении катетеризации подключичной вены повредил купол правой плевральной полости и верхушки правого легкого. Все это судом, с подачи СМЭ, было оценено как преступная небрежность, легкомыслие, и т.д. по списку. Врач получил конкретный срок по ст. 118 ч2, несмотря на адекватную защиту в суде (см.: Новости анестезиологии и реаниматологии, №2, 2012, с. 49- 62).

29 апреля 2011 Суд Лиманского районного суда Астраханской области вынес обвинительный приговор по ст. 109 врачу анестезиологу-реаниматологу за постинтубационный разрыв трахеи и назначил ему наказание в виде лишения свободы на срок 01 (один) год 06 (шесть) месяцев, с лишением права занимать должности в медицинских лечебных учреждениях и заниматься медицинской врачебной деятельностью на срок 06 (шесть) месяцев, с отбыванием наказания в колонии - поселении.

И таких примеров можно приводить много. Привожу последний пример.

2015 год. Промышленный районный суд г. Курска по гражданскому делу по иску Литвинова В.И., Литвиновой З.И. к ОБУЗ «ОКИБ им. Н.А. Семашко»

Суть вопроса. Погибла молодая женщина. Диагноз при поступлении: ОРВИ, двухсторонняя пневмония, беременность 27-28 недель. В последующем этот диагноз был подтвержден и расширен в рамках клинического, а затем и заключительного клинического.

Возбуждено уголовное дело по ст. 109, ч. 2. Причинение смерти по неосторожности УК РФ. Уголовное дело дважды открывалось и дважды закрывалось в связи с отсутствием состава факта преступления.

Затем, как обычно бывает в таких случаях, следует иск уже к юридическому лицу - «ОКИБ им. Н.А. Семашко».

На основании решения судьи промышленного районного суда г. Курска, я был привлечен в качестве специалиста для участия в данном гражданском деле.

Мною на 21 странице было подготовлено подробное заключение специалиста, которое было оглашено в суде и присоединено к материалам данного дела.

Мною, со ссылкой на нормативные документы, было показано, что Заключение эксперта 234/14, выполненное в ФГБУ Российский центр судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения РФ, на котором строился иск, является несостоятельным.

Более того, я конкретно указал, что Заключение эксперта 234/14, не соответствует требованиям ст. 8 и ст. 25 ФЗ N 73, т.к. ни один вывод не подтвержден ссылками на нормативную документацию. Это факт, который невозможно оспорить. Я высказал свое мнение, что, т.к. данная СМЭ противоречит вышеуказанным статьям ФЗ N 73, то, согласно ст. 75 УПК РФ данную экспертизу следует признать в качестве недопустимого доказательства и назначить проведение новой СМЭ.

Судья со мной и представителем администрации согласилась и было принято решение о проведении новой СМЭ.

Статья 67. Оценка доказательств

[Гражданский процессуальный кодекс РФ] [Глава 6] [Статья 67]

1. **Суд оценивает доказательства по своему внутреннему убеждению, основанному на всестороннем, полном, объективном и непосредственном исследовании имеющихся в деле доказательств.**
2. **Никакие доказательства не имеют для суда заранее установленной силы.**
3. Суд оценивает относимость, допустимость, достоверность каждого доказательства в отдельности, а также достаточность и взаимную связь доказательств в их совокупности.
4. Результаты оценки доказательств суд обязан отразить в решении, в котором приводятся мотивы, по которым одни доказательства приняты в качестве средств обоснования выводов суда, другие доказательства отвергнуты судом, а также основания, по которым одним доказательствам отдано предпочтение перед другими.
5. При оценке документов или иных письменных доказательств суд обязан с учетом других доказательств убедиться в том, что такие документ или иное письменное доказательство исходят от органа, уполномоченного представлять данный вид доказательств, подписаны лицом, имеющим право скреплять документ подписью, содержат все другие неотъемлемые реквизиты данного вида доказательств.
6. При оценке копии документа или иного письменного доказательства суд проверяет, не произошло ли при копировании изменение содержания копии документа по сравнению с его оригиналом, с помощью какого технического приема выполнено копирование, гарантирует ли копирование тождественность копии документа и его оригинала, каким образом сохранялась копия документа.
7. Суд не может считать доказанными обстоятельства, подтверждаемые только копией документа или иного письменного доказательства, если утрачен и не передан суду оригинал документа, и представленные каждой из спорящих сторон копии этого документа не тождественны между собой, и невозможно установить подлинное содержание оригинала документа с помощью других доказательств.

Апелляционное определение утверждает решение суда первой инстанции, а цитата: **«мнение специалиста Сумина С.А., на которое ссылается ответчик в апелляционной жалобе, не является экспертным заключением и доказательством, на котором может основываться решение суда».**

Такое решение вызывает, как минимум два вопроса.

1. Как быть со ст. 67. ГПК, где нет ни слова о том, что какие-либо заключения для суда являются экспертным заключением и доказательством, а какие нет. Более того, в данной статье написано, что решение суд должен основывать на своем внутреннем убеждении, но никак на «экспертных заключениях и доказательствах».

2. Если мнение специалиста (вообще то не мнение, а заключение) «не является экспертным заключением и доказательством, на котором может основываться решение суда», то зачем устраивать балаган с привлечением специалистов?

Нам, простым смертным, видимо это понять не дано.

Да здравствует наш суд, самый
гуманный в мире!



Очень интересный вопрос. А как оценивают качество СМЭ сами судебно-медицинские эксперты?

В кн.: А.М. Лобанов, А.А.Теньков, Е.С.Тучик Судебно-медицинская экспертиза последствий агрессивных действий человека: монография / А.М. Лобанов, А.А.Теньков, Е.С.Тучик - Орел. Издатель Александр Воробьев, 2010. на с. 22 приводится следующая шокирующая информация:

«Нами проведен анализ 25000 заключений судебно-медицинских экспертов Москвы, ряда областей РФ и регионов бывшего СССР. При этом установлено, что в 96% заключений содержались пункты выводов (от одного до всех), которые не были обоснованы. Такие «выводы» исключают возможность их проверки, из имеющихся формулировок невозможно понять, почему эксперт считает так, а не иначе. Интересно отметить, что 32% бездоказательных выводов содержали спорные положения, а 11% были ошибочными».

Несколько слов об авторах

- Тучик Евгений Савельевич - главный судебно-медицинский эксперт Росздравнадзора, д.м.н., профессор кафедры судебной медицины и медицинского права Московского государственного медико-стоматологического университета.
- Теньков Александр Афанасьевич – заведующий кафедрой судебной медицины Курского медицинского университета, д.м.н.
- Лобанов Александр Моисеевич – начальник ОГУЗ «Орловское бюро судебно-медицинской экспертизы.

В итоге...

Поиск факта ненадлежащего исполнения служебных обязанностей, который должен базироваться на анализе нормативной документации, при проведении абсолютного большинства СМЭ подменяется анализом способа лечения, а уж здесь непаханое поле для высказывания мнения любого члена СМЭ.

Выводы, как правило, носят безапелляционный характер и они преподносятся как истина в последней инстанции.

Понимают ли это судьи? Я думаю, что да, но у них свои задачи, довольно часто не совпадающие с сутью самого правосудия.

Чисто русские вопросы

1. Что делать.
2. Кто виноват.

Что делать?

В УПК РФ от 18.12.2001 N 174-ФЗ имеется Статья 75. Недопустимые доказательства

1. Доказательства, полученные с нарушением требований настоящего Кодекса, являются недопустимыми. Недопустимые доказательства не имеют юридической силы и не могут быть положены в основу обвинения, а также использоваться для доказывания любого из обстоятельств, предусмотренных [статьей 73](#) настоящего Кодекса.

2. К недопустимым доказательствам относятся:

1) показания подозреваемого, обвиняемого, данные в ходе досудебного производства по уголовному делу в отсутствие защитника, включая случаи отказа от защитника, и не подтвержденные подозреваемым, обвиняемым в суде;

2) показания потерпевшего, свидетеля, основанные на догадке, предположении, слухе, а также показания свидетеля, который не может указать источник своей осведомленности;

3) иные доказательства, полученные с нарушением требований настоящего Кодекса.

Кто виноват?

Все не так плохо, как кажется.

Все гораздо хуже (*Билл Пресс*).

17.02.2011 **Судебный департамент при Верховном суде РФ** впервые с начала реализации федеральной целевой программы (ФЦП) "Развитие судебной системы России", в которой в качестве индикаторов успешности имеются показатели доверия граждан к судам, **огласил результаты опроса общественного мнения** на этот счет.

Исследование, проведенное "Левада-центром", показало такие результаты: **безоговорочно доверяют судам лишь 8% россиян**, еще 45% скорее доверяют, чем нет. Тех, у кого суды **не вызывают никого доверия** оказалось **43%** опрошенных, а еще 5% респондентов затруднились ответить на вопрос. Это данные на конец 2010 года.

Более таких исследований, насколько мне известно, видимо по просьбе трудящихся, не проводилось.

Просто информация

Если Вас привлекают в качестве эксперта для проведения СМЭ, ответ на любой вынесенный для экспертного решения вопрос следует начинать с поиска и анализа нормативной документации, а не анализа способа лечения.

Если Вас приглашают в суд для дачи показаний в качестве специалиста, то ответ на любой вопрос судьи следует также начинать со ссылок на нормативную документацию.

Нормативной документацией являются только то, что утверждено уполномоченными на это органами государственной власти, но никак не различными общественными организациями типа Ассоциации анестезиологов-реаниматологов ЦФО или общественной организации «Федерация анестезиологов-реаниматологов России» (при всем моем к ним уважении) и т.д.

От ваших ответов во многом будет зависеть как будут судить человека – по Закону или по понятиям (в хорошем смысле этого слова).

Понятие - (материал из Википедии — свободной энциклопедии) - отображённое в мышлении единство существенных свойств, связей и отношений предметов или явлений; мысль или система мыслей, выделяющая и обобщающая предметы некоторого класса по определённым общим и в совокупности специфическим для них признакам.

Предупрежден, значит вооружен.

Спасибо за внимание

Больно не будет!

