**«Санкт-Петербургский государственный университет»**

**направление «Юриспруденция»**

**Особенности расследования ятрогенных преступлений,**

**совершаемых при оказании педиатрической помощи.**

Выпускная квалификационная работа

студента 2 курса магистратуры

очной формы обучения

Медниковой Марии Александровны

Научный руководитель:

профессор, кандидат юридических наук

Пристансков Владимир Дмитриевич

Санкт-Петербург

2018 год

Содержание

[Введение 4](#_Toc513431788)

[Глава 1. Характеристика преступных деяний при оказании медицинской помощи 6](#_Toc513431789)

[§ 1.1. Понятие криминалистической характеристики ятрогенного преступления 6](#_Toc513431790)

[§ 1.2. Характеристика жертвы ятрогенного преступления 9](#_Toc513431791)

[§ 1.3. Характеристика субъекта ятрогенного преступления 12](#_Toc513431792)

[§ 1.4. Характеристика деятельности медицинского работника при оказании медицинской помощи 15](#_Toc513431793)

[§ 1.5. Характеристика психической деятельности субъекта ятрогенного преступления 19](#_Toc513431794)

[§ 1.6. Характеристика способа совершения и последствий ятрогенного преступления 22](#_Toc513431795)

[§ 1.7. Характеристика места, времени совершения и обстановки ятрогенного преступления 25](#_Toc513431796)

[Глава 2. Обстоятельства, подлежащие установлению и исследованию 30](#_Toc513431797)

[§2.1. Изучение жертвы ятрогенного преступления 30](#_Toc513431798)

[§ 2.2. Изучение субъекта ятрогенного преступления 33](#_Toc513431799)

[§ 2.3. Изучение процесса оказания медицинской помощи 36](#_Toc513431800)

[§ 2.4. Анализ ятрогенного дефекта и ятрогении 39](#_Toc513431801)

[§ 2.5. Исследование причинной связи между неблагоприятным исходом и деятельностью субъекта ятрогенного преступления 43](#_Toc513431802)

[Глава 3. Использование специальных медицинских знаний при анализе обстоятельств ятрогенного события при неадекватном оказании педиатрической помощи 48](#_Toc513431803)

[§ 3.1. Привлечение специалиста к исследованию обстоятельств ятрогенного преступления 48](#_Toc513431804)

[§ 3.2. Подготовка и назначение судебно-медицинской экспертизы 52](#_Toc513431805)

[§ 3.3. Оценка выводов экспертов 57](#_Toc513431806)

[Заключение 62](#_Toc513431807)

[Список литературы 64](#_Toc513431808)

[Приложение № 1. Особенности криминалистического исследования события ятрогенного преступления, совершаемого при оказании хирургической помощи детям 72](#_Toc513431809)

[Приложение № 2. Криминалистическое исследование события ятрогенного преступления, совершенного при оказании хирургической помощи ребенку 77](#_Toc513431810)

[Приложение № 3. Краткая программа исследования процесса оказания хирургической помощи ребенку, имевшего неблагоприятные последствия 80](#_Toc513431811)

# Введение

Оказание медицинской помощи представляет собой сложную форму профессиональной деятельности. Она требует глубоких специальных знаний, практических навыков, высоких душевных качеств. Однако медицинский работник может ошибаться, потому что имеет дело с самым сложным объектом природы - человеческим организмом, особенно это касается организма ребенка.

Среди отраслей медицины особое место занимает педиатрия, так как «педиатрия - это вся медицина, опрокинутая в детский возраст».[[1]](#footnote-2) Риск возникновения добросовестного заблуждения медицинского работника в педиатрии высок, так как для детей характерна анатомическая, физиологическая, эмоциональная и иммунологическая незрелость. Более того, организм ребенка постоянно растет и развивается, нарушения этих процессов приводят к заболеваниям, никогда не встречающимся у взрослых. Однако не только организм ребенка значительно отличается от организма взрослого, но и дети разных возрастов от рождения до зрелости различаются между собой.

В выпускной квалификационной работе рассмотрены особенности оказания хирургической помощи детям, имевшей неблагоприятные последствия. Было проанализировано 114 судебно-медицинских экспертиз, которые были проведены по происшествиям, имевшим неблагоприятные последствия при оказании медицинской помощи детям в возрасте от 0-18 лет.

Актуальность настоящей работы обусловлена тремя факторами.

Во-первых, частота возникновения ятрогений в хирургии находится на третьем месте среди других отраслей медицины.[[2]](#footnote-3)

Во-вторых, существуют трудности по установлению причинно-следственной связи между действием (бездействием) медицинского работника и наступившего неблагоприятного исхода, особенно при оказании хирургической помощи.

В третьих, существует необходимость защиты врачей от необоснованных претензий к ним со стороны пациентов.

Объектом исследования являются ятрогенные преступления, то есть преступления, совершенные медицинскими работниками при исполнении своих профессиональных обязанностей, в частности – при оказании хирургической помощи детям.

Предметом исследования является процесс оказания медицинской помощи, при нарушении правил (стандартов) которого, возникает ятрогенный дефект, способствующий развитию ятрогенной патологии, обусловливающей наступления неблагоприятного исхода: смерти пациента либо причинения вреда его здоровью.

 Целью настоящего исследования является анализ особенностей развития механизма ятрогенного посягательства на жизнь или здоровье ребенка при оказании хирургической помощи.

 Для достижения настоящей цели были поставлены следующие задачи:

выявить особенности криминалистической характеристики ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании педиатрической помощи;

изучить процесс оказания хирургической помощи детям;

выделить дефекты оказания хирургической помощи детям;

исследовать особенности применения специальных медицинских знаний при расследовании ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании хирургической помощи.

В процессе исследования использовались научные труды отечественных и зарубежных ученых в области криминалистики, уголовного процесса, судебной медицины и детской хирургии.

# Глава 1. Характеристика преступных деяний при оказании медицинской помощи

## § 1.1. Понятие криминалистической характеристики ятрогенного преступления

Прежде чем дать криминалистическую характеристику ятрогенного преступления необходимо определить, что такое ятрогения. Впервые это понятие было введено в 1925 году немецким психиатром О. Бумке для обозначения заболевания, обусловленного неосторожным высказыванием или поступками врача.[[3]](#footnote-4) В последующем, новое понятие распространилось и на другие виды медицинской и фармацевтической деятельности.

Проведя анализ обширного материала, В. В. Некачалов отметил: «Намеренно приводя определения ятрогений авторов-представителей разных специальностей, нетрудно обобщить, что общим в трактовке ятрогений является обозначение их как патологии диагностики и лечения, в подавляющем большинстве являющейся не столько следствием деонтологических нарушений, сколько отражением разнообразных неблагоприятных последствий лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, не имеющих прямой патогенетической связи с заболеванием, при котором эти мероприятия проводились».[[4]](#footnote-5)

Ещё в 1995 году ВОЗ возвела ятрогении в ранг основных заболеваний, определив их как любое нежелательное или неблагоприятное последствие профилактических, диагностических и лечебных вмешательств, которые приводят к нарушению функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или смерти; осложнение медицинских мероприятий, развившееся в результате как ошибочных, так и правильных действий.[[5]](#footnote-6) В Международной классификации болезней 10 пересмотра ятрогении представлены как самостоятельные патологические процессы.[[6]](#footnote-7)

В правовом аспекте ятрогению рассматривают как патологический процесс, не связанный с патогенезом того заболевания, по поводу которого оказывалась медицинская помощь, но возникший вследствие нарушения медицинским работником правил оказания медицинской помощи, за которые он несет гражданско-правовую, дисциплинарную или уголовную ответственность.[[7]](#footnote-8)

Существует мнение, что медико-правовая классификация ятрогений может включать и умышленное причинение вреда.[[8]](#footnote-9) Хотя, на мой взгляд, специфика медицинской деятельности не предполагает негативного воздействия на организм пациента с прямым умыслом. Например, выполняя сложную реконструктивную операцию на желудочно-кишечном тракте, оперирующий хирург понимает, что она неизбежно приведет к ряду последствий, причем не всегда благоприятных, в частности к нарушению моторных функций кишечника, всасывания пищи и так далее. Однако этой ситуации злой умысел отсутствует, а имеет место «программированная ятрогения».[[9]](#footnote-10) В таких случаях, как правило, личность медицинского работника и его профессиональные навыки, хотя и продолжают иметь определяющее значение для исхода заболевания, однако риск формирования ятрогении значительно увеличивается.

Все ятрогении можно разделить на две большие группы - развившиеся как реализованный и неизбежных риск медицинских мероприятий и как результат ненадлежащих или отклоняющихся от принятых норм действий медицинского персонала.[[10]](#footnote-11) Обе группы требуют четкого разграничения, как с точки зрения реализации стандартных медицинских рекомендаций и организационных мероприятий, так и с точки зрения соблюдения отечественного законодательства и медицинского права.

Как и у большинства авторов, исследующих проблему дефиниции ятрогений, в данной работе ятрогенные преступления будут рассматриваться как причинение вреда здоровью или смерти по неосторожности, обусловленных ненадлежащим оказанием медицинской помощи, либо неправомерными действиями (бездействием) медицинского работника.

Для криминалистического описания преступления необходимо дать характеристику каждому его элементу. Для описания ятрогенного преступления В. Д. Пристансков выделяет восемь криминалистически значимых элементов: 1) жертва ятрогенного преступления; 2) субъект ятрогенного преступления; 3) физические действия (бездействия) субъекта ятрогенного преступления; 4) психическая деятельность субъекта ятрогенного преступления; 5) способ посягательства; 6) факты-последствия ятрогенного преступления; 7) место посягательства; 8) время посягательства. Преступление, как реальная динамическая система, является частью макросистемы, которая в криминалистике рассматривается как обстановка совершения преступного посягательства, которую также необходимо проанализировать.[[11]](#footnote-12) Однако, учитывая специфику темы данной работы, при описании такого элемента, как субъект ятрогенного преступления, необходимо проанализировать влияние законных представителей на возникновение неблагоприятных последствий.

 Таким образом, характеристика отдельных элементов ятрогенного преступления будет осуществлена в пределах, которые позволят найти лишь те признаки, которые непосредственно оказывают влияние на развитие ятрогенного процесса и имеют значение в расследовании и выявлении обстоятельств ятрогенного события, которые в свою очередь позволяют установить обстоятельства, подлежащие доказыванию по конкретному делу.

## § 1.2. Характеристика жертвы ятрогенного преступления

Жертвой ятрогенного преступления является физическое лицо, в рамках данной работы, - это ребенок в возрасте от 0 до 18 лет, обратившееся в лечебно-профилактическое учреждение за медицинской помощью, получение которой гарантировано Конституцией Российской Федерации.[[12]](#footnote-13)Необходимым предварительным условием получения медицинской помощи является информированное добровольное согласие законного представителя в случае, если ребенок не достиг возраста 15 лет, но в исключительных случаях, предусмотренных законодательством, допустимо медицинское вмешательство без согласия гражданина, или законного представителя.[[13]](#footnote-14)

Здоровье ребенка тесно связано с уровнем его физического, психического и функционального развития.Дети всегда имеют индивидуальные особенности, которые зависят от роста и развития нервной системы, кожи и подкожной клетчатки, опорно-двигательного аппарата, органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения и мочеотделительной системы. Отличия в строении и функционировании органов и систем ребенка в период роста и созревания могут существенно влиять на исход лечебно-диагностического и (или) профилактического процесса.

К криминалистически значимым физиологическим особенностям относятся: возраст, пол, антропометрические показатели, наследственность, нерациональное питание, морфофункциональная незрелость органов и систем, наличие сопутствующих заболеваний и патологическая форма иммуногенной реактивности организма. При оказании хирургической помощи также важно учитывать анатомо-топографические особенности, от которых зависит план и техника выполнения операции при одном и том же заболевании. Кроме того, многие хирургические заболевания встречаются преимущественно у детей, например, пороки развития органов и систем.[[14]](#footnote-15)

К психическим особенностям относятся: большая впечатлительность, психическая ранимость при неблагоприятных ситуациях, недостаточно критическое осмысление происходящего вокруг, тревожное ожидание пугающих ребенка тягостных лечебных или диагностических процедур, факт разлучения с родителями. У детей дошкольного и младшего школьного возраста нередко возникают навязчивые страхи: боязнь белых халатов, одиночества, страх боли, страх смерти. В связи с этим у таких детей часто развиваются вторичные невротические реакции (недержание мочи или кала, заикание, тики). Дети старшего возраста, особенно девочки, наиболее чувствительны и в первые дни пребывания в стационаре нередко замыкаются, «уходят в себя».[[15]](#footnote-16) Учитывая все вышеперечисленные особенности, медицинский работник должен проявлять максимальную чуткость и внимание, важно заручится доверием ребенка.

Дети необыкновенно чувствительны к ласке и тонко чувствуют отношение к ним взрослых. Тон разговора с детьми всегда должен быть ровным, приветливым. Все это способствует установлению между ребенком и медицинским персоналом доброжелательных отношений и оказывает положительное влияние, особенно в послеоперационном периоде.[[16]](#footnote-17)

Большое влияние на психику ребенка оказывают и внешние факторы: неблагоприятные материально-бытовых условия, вредные привычки родителей, численность и состав семьи.

Отличительной особенностью при анализе криминалистически важных признаков жертвы ятрогенного преступления, является тот факт, что несовершеннолетний, как правило, затрудняется высказать свое отношение к причиненному ему вреду, лечащему врачу, объему и качеству оказанной медицинской помощи, к процессу лечения. Поведение больного до, во время и после лечения, осуществление самостоятельного лечения, соблюдение схемы лечения, диеты, условий реабилитации в большей степени зависят от родителей ребенка. Поэтому оценка вышеперечисленных признаков будет затруднительна, а некоторые из них должны быть спроецированы на законных представителей, которые могут оказывать влияние как на качество лечебно-диагностического процесса, так и на прогноз заболевания.

Следует отметить, что законные представители имеют право отказаться от выполнения, по их мнению, агрессивных лечебно-диагностических мероприятий, не задумываясь о возможных последствиях. Отказ от медицинского вмешательства может быть преодолен решением суда.[[17]](#footnote-18) Таким образом, правильная тактика общения медицинского персонала с родными и близкими больного ребенка создает не только должное психологическое равновесие межличностных взаимоотношений медицинский работник – ребенок – его родители, но и способствует качественному оказанию медицинской помощи.

Следовательно, при анализе данных о пациенте необходимо учитывать роль его законных представителей в развитии ятрогении, так как только в этом случае можно наиболее полно высказать суждение о наличии или отсутствии события ятрогенного преступления, а также о наличии в поведении ребенка и его родителей, каких-либо действий, способствующих развитию дефекта медицинской помощи и наступлению неблагоприятных последствий.

## § 1.3. Характеристика субъекта ятрогенного преступления

Субъектом неосторожного ятрогенного преступления является медицинский работник, который осуществляет лечебно-диагностический и (или) профилактический процесс в интересах пациента. Как правило, при оказании хирургической помощи субъектом является врач-хирург, но может быть врач другой специальности, например, врач-анестезиолог-реаниматолог, так и средний медицинский персонал. Для криминалистической характеристики важно изучение как профессиональных, так и индивидуальных качеств субъекта.[[18]](#footnote-19)

К профессиональным качествам относится: наличие необходимого медицинского образования, квалификации, специализации, а также профессиональных навыков, специальных знаний, и опыта; соблюдение должностных инструкций, принципов медицинской этики и деонтологии. Право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеет лицо, получившее высшее или среднее медицинское образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющий сертификат специалиста.[[19]](#footnote-20) Сертификат выдается по специальностям, предусмотренным номенклатурой, и свидетельствует о достижении уровня теоретических знаний, практических навыков и умений, достаточных для самостоятельной профессиональной медицинской деятельности. Важным условием получения сертификата является наличие диплома, подтверждающего соответствие уровня профессионального образования квалификационным требованиям к медицинским работникам и положительный результат сдачи сертификационного экзамена.[[20]](#footnote-21)

Таким образом, при оказании хирургической помощи детям врач-хирург должен иметь высшее образование - специалитет по специальности «Педиатрия» или «Лечебное дело», диплом с присвоением квалификации «Врач» по направлению «Детская хирургия» и сертификат специалиста по специальности «Детская хирургия». Повышать квалификацию детский хирург должен не реже одного раза в пять лет в течение всей трудовой деятельности.[[21]](#footnote-22) Средний медицинский персонал для работы на отделении хирургического профиля должен иметь профессиональное образование по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело» и сертификат по специальности «Операционное дело» или «Сестринское дело в педиатрии».[[22]](#footnote-23)

Что касается специальных знаний, профессиональных навыков и опыта, то их можно оценить по наличию квалификационной категории, но для ее получения медицинский работник проходит добровольную аттестацию, которая действительна в течение пяти лет. Например, для получения высшей категории, врач должен иметь высокую теоретическую подготовку и практические навыки в области осуществляемой профессиональной деятельности, знать смежные дисциплины; использовать современные методы диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и владеть лечебно-диагностической техникой в области осуществляемой профессиональной деятельности; уметь квалифицированно оценить данные специальных методов исследования с целью установления диагноза; ориентироваться в современной научно-технической информации и использовать ее для решения тактических и стратегических вопросов профессиональной деятельности; стаж работы по специальности не менее семи лет.[[23]](#footnote-24)

Однако при отсутствии квалификационной категории, каждый врач должен иметь достаточный уровень клинического мышления, возможность объективно оценить и логично осмыслить значение выявленных клинических данных для формулирования правильного диагноза, а также знать возможные последствия конкретных методов диагностики и лечения.[[24]](#footnote-25)

Индивидуальные качества зависят от физиологических и психических особенностей субъекта. К физиологическим особенностям относится возраст - старение снижает активность мыслительных и моторных реакций; пол - женщины менее способны к обобщению, прогнозированию на отдаленный период; физическая выносливость - усталость увеличивает продолжительность выполнения мыслительных задач.[[25]](#footnote-26) Психические особенности субъекта ятрогенного преступления будут рассмотрены далее.

Таким образом, при установлении данных о личности субъекта необходимо изучить документы, подтверждающие получение им высшего или среднего и дополнительного образования, прохождение переаттестации, присвоение категории, а также трудовую книжку.

## § 1.4. Характеристика деятельности медицинского работника при оказании медицинской помощи

Деятельность медицинского работника при оказании медицинской помощи – это совокупность действий субъекта. Во всех проанализированных экспертизах субъектом ятрогенного преступления являлся врач, в связи с этим в данной работе будет дана характеристика взаимодействия врача, ребенка и его законных представителей, связанные с оказанием хирургической помощи.

Физическая деятельность врача состоит из отдельных этапов: диагностирование, лечение, преемственность. В свою очередь каждый из этапов подразделяется на стадии, которые должны соответствовать определенным правилам.[[26]](#footnote-27)

На этапе диагностирования для установления предварительного диагноза врачу необходимо осуществить субъективное исследование пациента - собрать анамнез с помощью законных представителей ребенка и произвести физикальное исследование. Правила сбора анамнеза и алгоритм физикального исследования не регламентированы, но обязательны, так как в стационарной и амбулаторной карте больного имеются специальные графы для заполнения.[[27]](#footnote-28) С учетом предварительного диагноза назначается план обследования: консультации специалистов и лабораторно-инструментальные методы, для которых установлены специальные требования по их выполнению.[[28]](#footnote-29)

Далее осуществляется дифференциальная диагностика. Ее сущность заключается в том, что из дифференциально-диагностического ряда различных заболеваний, имеющих общие симптомы, исключаются то или иное заболевание, пока не будет выбран тот, который в наибольшей степени соответствует собранным данным. По результатам всех исследований и оценки симптомов формулируется клинический диагноз: при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в течение 10 дней, в стационарных – 72 часов, а при поступлении по экстренным показаниям – 24 часов.[[29]](#footnote-30) Заключительной стадией диагностики является установление причинно-следственных отношений, которые отражают связь между симптомами заболевания и их причиной. Это необходимо для отображения полной клинической картины и правильного установления диагноза.[[30]](#footnote-31)

Первая стадия лечения – это клиническое прогнозирование, то есть, предположение, о том, как будет развиваться заболевание, оценка риска вероятности возникновения осложнений, смерти больного или, наоборот, его выздоровления. С юридической точки зрения, риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействиями), и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда.[[31]](#footnote-32) В детской хирургии прогноз осуществляется на основании принадлежности пациента к одной из четырех групп: 1) дети, которые после операции будут полностью здоровыми; 2) пациенты с физическими или косметологическими дефектами; 3) больные с тяжелыми отклонениями, в том числе функциональными и психическими; 4) нежизнеспособные.[[32]](#footnote-33) Риск проведения анестезии и оперативного вмешательства должен быть определен врачом и отражен в медицинской документации: предоперационном эпикризе, карте анестезиологического обеспечения и протоколе оперативного вмешательства.

Затем осуществляется выбор лечения, то есть определяется метод – консервативный, оперативный, суггестивный или комбинированный, и тактика с учетом физиологическим и психических особенностей пациента. Оперативный метод лечения включает в себя три этапа: предоперационную подготовку, непосредственно хирургическое вмешательство, при осуществлении которого, необходимо выбрать оперативный доступ, оперативный прием и оптимальный способ восстановления целостности нарушенных при доступе тканей, и лечение в послеоперационном периоде.[[33]](#footnote-34) Все этапы хирургического лечения должны соответствовать клиническим рекомендациями, технологии выполнения оперативного вмешательства, а также порядкам и стандартам оказания медицинской помощи.[[34]](#footnote-35) По окончании хирургического лечения врач должен осуществить контроль эффективности лечения и оценить его результаты. Во время проведения лечения нельзя забывать о необходимости профилактики развития инфекционных заболеваний: оказание медицинской помощи должно осуществляться в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.[[35]](#footnote-36)

Следующая стадия лечения – это реабилитация, которая особенно необходима хирургическим больным в связи с нарушением функционального состояния организма. Реабилитация осуществляется посредством комплексного использования различных средств, направленных на максимальное восстановление нарушенных физиологических функций организма, а в случае невозможности достижения этого – развитие компенсаторных и заместительных функций. В зависимости от вида и объема оперативного вмешательства состав специалистов и используемых методов и средств реабилитации будут различны.[[36]](#footnote-37)

Третий этап – это преемственность, которая осуществляется с учетом порядков и стандартов оказания медицинской помощи и включает в себя следующие стадии: выбор места и времени необходимой медицинской помощи, выбор способа транспортировки до места оказания последующей медицинской помощи, передача необходимой медицинской документации.[[37]](#footnote-38)

Таким образом, для того, чтобы обнаружить те стадии, на которых, вероятнее всего, могли быть нарушены правила оказания медицинской помощи, и определить круг обстоятельств, подлежащих проверке важно проанализировать каждую из стадий. Необходимо исследовать информацию, содержащуюся в медицинских документах, о тактике и методике лечения, а также о пациенте, его родителях и о медицинских работниках, оказывавших медицинскую помощь.

## § 1.5. Характеристика психической деятельности субъекта ятрогенного преступления

При оценке психической деятельности субъекта учитываются те психофизиологические процессы, явления сознания, которые непосредственно оказывают влияние на поведение медицинского работника в процессе оказания медицинской помощи. Существует три формы психической деятельности: психические процессы, психические свойства личности и психические состояния.[[38]](#footnote-39)

Психические процессы - это те процессы, которые лежат в основе познавательной деятельности человека: ощущение, восприятие, память, мышление и так далее. На базе ощущений происходит становление процесса восприятия реальности, что создает основу в решении лечебно-диагностических задач, задач реабилитации. Внимание – направленность и сосредоточенность сознания врача на пациенте, его жалобах, анамнезе и данных физикального обследования, что с помощью мышления способствует правильному установлению диагноза. Память, являясь сквозным психическим процессом, определяет успешность протекания других познавательных психических процессов, обеспечивает целостность и развитие профессиональной деятельности.

Психические свойства личности - это индивидуальные черты, характеризующие каждого отдельного человека. К ним относится темперамент, так как, например, тип флегматик: на этапе диагностики производит быстрое, поверхностное обследование, пропускает важные симптомы, вербальный контакт с пациентом укорочен; на этапе лечения принимается решение в спешке, не подкрепленное дополнительными методами диагностики, редко учитывает факторы риска, оперирует быстро, часто превышая необходимый объем, особенно в экстренной ситуации.[[39]](#footnote-40) Также существуют и отрицательные черты и наклонности: самонадеянность, повышенное самолюбование, проявление грубости по отношению к пациенту и коллегам, недисциплинированность, отсутствие должной заботы о пациенте.[[40]](#footnote-41)

Психические состояния — это временные сочетания психических процессов, психических свойств личности, особенностей организма, которые могут оказывать влияние на его деятельность, поведение, в том числе при употреблении спиртных напитков, наркотических веществ и так далее.

Медицинские работники, как правило, совершая преступные ятрогении, удовлетворяют свои потребности в признании профессионального мастерства, в сохранении и повышении профессионального имиджа, в лидерстве, в доминировании какой-либо узкоспециальной профессиональной деятельности. Иногда субъекты ятрогенного преступления совершают преступные посягательства из корыстных побуждений. Также отмечается стремление к самоутверждению любым путем, к превосходству над коллегами и пациентами. Существенное влияние оказывает завышенная самооценка своего профессионального потенциала: безошибочность своего диагноза, отказ от консультаций специалистов и консилиумов врачей, пренебрежение к интересам пациентов, невнимательное отношение к пациентам, в том числе отсутствие динамического наблюдения за пациентом и контроля назначенного лечения. Все вышеперечисленные особенности оказывают влияние на выбор метода и тактики лечения, оценку его эффективности и результата.

В случае наступления неблагоприятного исхода следует выяснить, как медицинский работник контролировал последствия своих действий и контролировал ли вообще, на каком этапе заметил проявление ятрогенного дефекта и какое решение принял. Контроль субъекта над ситуацией подразумевает неразрывную связь между целью и результатом деятельности. Эта связь может быть деформирована личностными качества субъекта, либо ненадлежащей организацией медицинской помощи в учреждении.[[41]](#footnote-42)

Следует отметить, что в экстренных условиях ограничение во времени для принятия решения, напряженность работы хирургической бригады может влиять на возникновение дефектов при оказании медицинской помощи.

В связи с тем, что дети обладают ограниченными возможностями самоконтроля, управления эмоциями и поведением, важное значение имеют такие личностные черты врача, как спокойствие, приветливость, доброта. Это же распространяется на взаимоотношения врача с родителями или иными законными представителями ребенка, прежде всего потому, что родители воспринимают страдания своего ребенка более эмоционально и чувствуют себя более беспомощными перед его болезнью, чем многие взрослые – перед своими заболеваниями. Отношения между врачом и законными представителями ребенка во многом сходны с отношениями пациента и врача, ведь они выступают как доверенные лица ребенка и решают такие важные вопросы, как согласие на операцию, обследование, осуществляют эмоциональную поддержку и уход. Особое внимание должно уделяться законным представителям, осуществляющим уход за тяжелобольным ребенком в хирургическом стационаре. Важно создать необходимые условия для полноценного отдыха, питания, убедить родителей, что ребенок получает правильное лечение.[[42]](#footnote-43)

 Один из самых сложных психологических моментов, возникающих при оказании хирургической помощи, является решение вопроса о том, должен ли врач скрывать от пациента и его законных представителей сведения о неблагоприятном прогнозе заболевания? Ответить на этот вопрос однозначно трудно, однако существует правило деонтологии - недопущение осведомления ребенка о диагнозе и опасности смертельного исхода. Что касается законных представителей, то скрывать эти сведения неправильно, но сообщать подобную информация необходимо крайне острожно и поэтапно.[[43]](#footnote-44) В таких случаях исключительно лечащий врач или заведующий отделением имеет право рассказывать о симптомах и возможном прогнозе заболевания, так как средний медицинский персонал не имеет соответствующую компетенцию по этим вопросам.

Следует помнить, что встречаются родители, которые пытаются грубостью и нетактичным поведением добиться особого внимания медицинских работников к своему ребенку. С такими родителями важно проявлять внутреннюю сдержанность и внешнее спокойствие.[[44]](#footnote-45)

Таким образом, результаты анализа индивидуальных качеств субъекта позволяют высказать суждение о надлежащем или ненадлежащем выполнении профессиональных обязанностей; мотивах, наличии или отсутствии состава ятрогенного преступления; обстоятельств, которые смягчают, отягчают вину или исключают преступность деяния.

## § 1.6. Характеристика способа совершения и последствий ятрогенного преступления

Способ совершения преступления традиционно рассматривается криминалистами как система действий, направленных на достижение преступного результата. Подобное определение, содержащее осознанную целенаправленность деяния, бесспорно для умышленных преступлений. Что нельзя сказать о неосторожных ятрогенных преступлениях.[[45]](#footnote-46)

Особенностью способа совершения ятрогенных преступлений является тот факт, что преступное посягательство совершается в процессе профессиональной деятельности медицинского работника, но осознание, что им совершено преступное деяние, приходит после наступления неблагоприятного исхода, который он мог предвидеть, но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывал на его предотвращение, или не предвидел возможности его наступления, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должен был и мог предотвратить его, следовательно, в действиях медицинского работника отсутствовал умысел на получение в ходе своих действий преступного результата.[[46]](#footnote-47)

Следовательно, способ совершения ятрогенного преступления – совокупность неправомерных действия медицинского работника при оказании хирургической помощи, повлекшие наступление неблагоприятных последствий. Отсутствие направленности на достижение общественно опасных последствий, желания их наступления, отличает неосторожное преступное деяние от умышленного.

Действия медицинского работника, которые запускают механизм развития ятрогенного процесса, могут быть выражены в виде: повреждения, передозировки, заражения, нарушения восприятия, оставления инородного предмета в организме, развитие патологических состояний. На фоне вышеперечисленных ятрогенных дефектов развивается ятрогения, которая имеет различные степени выраженности: ятрогенный симптом, ятрогенный синдром, ятрогенное заболевания, ятрогенное заболевание отдаленного периода.[[47]](#footnote-48)

В свою очередь ятрогения способствует наступлению неблагоприятного исхода. К видам неблагоприятного исхода при оказании медицинской помощи пациенту относятся: наступление смерти; вред здоровью, опасный для жизни человека; потеря зрения, речи, слуха либо какого-либо органа или утрата органом его функций; прерывание беременности; психическое расстройство; заболевание наркоманией либо токсикоманией; неизгладимое обезображивание лица; значительная стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть, менее чем на одну треть, незначительная стойкая утрата общей трудоспособности; полная утрата профессиональной трудоспособности; длительное расстройство здоровья, кратковременное расстройство здоровья.[[48]](#footnote-49)

Совокупность действий виновного лица, образующих способ преступления, неизбежно оставляют следы преступления. Следовательно, знания о способе дают возможность определить характер, вид и местонахождение следов преступления, объективно отобразившихся в реальности и организовать их целенаправленный поиск. Имея представление о способе, следователь может определить: круг обстоятельств, подлежащих установлению по конкретному делу; средства и приемы, необходимые для обнаружения доказательств; медицинские документы, содержащие информацию о неосторожном посягательстве; факторы, способствовавшие его совершению или сокрытию; перечень вопросов, которые надлежит поставить перед судебными экспертами; цель, задачи и тактику проведения следственных действий по выявлению и закреплению доказательств по делу.[[49]](#footnote-50)

Следовательно, такой важный элемент предмета доказывания, как способ преступления, имеет важное криминалистическое значение, в связи с тем, что он самым тесным образом связан с другими обстоятельствами преступления. Имея сведения о способе совершения ятрогенного преступления, можно принять обоснованное решение о возбуждении уголовного дела, а также спланировать необходимые следственные действия по выявлению и закреплению доказательств. Установление способа посягательства дает возможность правильно квалифицировать действия виновного лица, определить степень общественной опасности его личности, характер ответственности за содеянное.

## § 1.7. Характеристика места, времени совершения и обстановки ятрогенного преступления

В криминалистическом понимании место – это то конкретное пространство, на котором действует медицинский работник, жертва, иные лица, причастные к преступлению. Оно имеет конкретные пространственные координаты, границы, структуру.[[50]](#footnote-51) Выделяют: район деятельности субъекта, место выполнения им отдельных действий, а также место наступления неблагоприятных последствий.[[51]](#footnote-52)

Район деятельности субъекта – это лечебно-профилактические медицинские организации, медицинские организации особого типа,[[52]](#footnote-53) которые должны иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности.[[53]](#footnote-54) Районом деятельности субъекта, оказывающему медицинскую помощь детям, могут быть: детская больница, специализированная детская больница, детская поликлиника, диспансер, консультативно-диагностический центр, дом ребенка, амбулатория, центр реабилитации, медицинская организация скорой медицинской помощи, санаторий, хоспис. Хирургическую помощь детям, как правило, оказывают в условиях стационара, но возможно и амбулаторное оказание медицинской помощи.

Место совершения отдельных действий – это структурные единицы медицинских организаций, наличие и оснащение которых предусмотрено порядками оказания медицинской помощи. Наиболее часто медицинские работники совершают определенные криминалистически значимые действия, связанные с исполнением профессиональных обязанностей в кабинете врача, палате, операционной, процедурной, перевязочной, а в некоторых экстренных случаях и вне района деятельности субъекта: машина скорой помощи, место жительства пациента и так далее. Нарушение правил (стандартов) оказания хирургической помощи, как правило, обнаруживаются на стадии лечения - во время оперативного вмешательства, которое проводится в операционной.

Место наступления неблагоприятных последствий зависит от момента их наступления: очевидные, как правило, совпадают с районом деятельности субъекта, а местом обнаружения латентных ятрогений, как правило, является другое лечебно-профилактическое учреждение. Неблагоприятные последствия оказания хирургической помощи, как правило, носят очевидный характер, поэтому местом их обнаружения является стационар, где оказывалась медицинская помощь ребенку.

При исследовании места совершения преступления необходимо выяснить наличие всех необходимых ресурсов в организации: материально-технические, кадровые, временные, научно-методические, которые могли повлиять на оказание надлежащей медицинской помощи. Следует учитывать, что многие лечебно-профилактические учреждения не обеспечены самой необходимой современной диагностической и лечебной аппаратурой. Поэтому врачи вынуждены применять такие методы диагностики и выбирать такое лечение, которые могут быть обеспечены реальными условиями и возможностями медицинского учреждения, в котором больному оказывается помощь. Временные ресурсы необходимо учитывать, когда медицинская помощь оказывается в экстренном порядке или в чрезвычайных условиях, или когда имеется бесспорный факт запоздалого обращения больного за помощью. Возможны случаи, когда, действуя в состоянии крайней необходимости, медицинское мероприятие выполняет врач - не специалист в этой области медицины.[[54]](#footnote-55)

Для характеристики времени совершения ятрогенного преступления выделяют следующие временные периоды: время с момента обращения пациента к врачу за получением медицинской помощи и до наступления неблагоприятных последствий; время выполнения медицинского мероприятия, с которым связано возникновение дефекта медицинской помощи; время появления и выявление самим пациентом, либо его законным представителем симптомов возникновения ятрогении; время обнаружения врачом симптомов ятрогении; время, имевшееся у врача для выявления симптомов ятрогенного процесса и принятия решения о проведении соответствующего лечения по его пресечению и устранению последствий; время осуществления лечения и выполнения медицинских мероприятий по устранению ятрогенного дефекта и его последствий.[[55]](#footnote-56)

Обстановка включает в себя события, которые предшествовали преступлению, развивались вместе с ним, и которые последовали после его окончания, при этом они причинно связаны с ним или были им обусловлены.[[56]](#footnote-57) В то числе обстоятельства смягчающие, отягчающие вину или исключающие преступность деяния. К обстоятельствам, исключающих преступность деяния относят совершение действий в состоянии крайней необходимости, обоснованного риска, исполнение приказа или распоряжения и невиновное причинение вреда.[[57]](#footnote-58)

В медицинской практике к состоянию крайней необходимости можно отнести ситуации, при которых имеется реальная перспектива дестабилизации жизнеобеспечивающих систем организма (наличие опасности) и их явное нарушение (наличность опасности).

Риск признается обоснованным, если выполнение медицинского мероприятия было основано на достижениях современной медицинской науки, для его осуществления имелись необходимое материально-техническое обеспечение и высокий профессиональный уровень исполнителя, а поставленная цель не могла быть достигнута не связанным с риском действием врача, и им были предприняты все возможные меры для предотвращения вреда интересам больного. В случае неблагоприятного исхода при выполнении указанных условий следует признавать, что вред причинен при обстоятельствах правомерного риска и, следовательно, в действиях врача нет признаков преступления. Однако если выяснится, что врач не принял достаточных мер безопасности для предотвращения вреда, то за совершение таких действий он подлежит ответственности по наступившим последствиям. Сама же обстановка совершения указанных действий, причинивших вред правоохраняемым интересам больного, судом может быть оценена как смягчающее обстоятельство при назначении наказания.[[58]](#footnote-59)

За вред, причиненный гражданину при оказании ему медицинской помощи медицинским работником во исполнение обязательного для него приказа или распоряжения, уголовную ответственность в этом случае должно нести лицо, отдавшее этот приказ (распоряжение).

Невиновное причинение вреда – это деяние, совершенное лицом, которое не осознавало и не могло предвидеть общественной опасности своих действий.

Таким образом, организация места оказания лечебно-диагностической и (или) профилактической помощи влияет на ее качество, а, следовательно, и на возможное развитие неблагоприятных последствий.

# Глава 2. Обстоятельства, подлежащие установлению и исследованию

**§ 2.1. Изучение жертвы ятрогенного преступления**

При анализе судебно-медицинских экспертиз были выделены следующие криминалистически значимые особенности организма, которые необходимо учитывать при оказании хирургической помощи детям:

1. Возраст: дети раннего возраста не могут предъявлять жалоб, и анамнестические данные приходится получать у родителей, что не всегда дает возможность ориентироваться в симптомах болезни и последовательности их возникновения.

При решении вопроса о времени оказания медицинской помощи необходимо учитывать характер основного заболевания, наличие или отсутствие осложнений и возможность оказания хирургической помощи в том возрасте, когда это наиболее целесообразно.[[59]](#footnote-60) Так в одной из экспертиз было установлено, что ребенка прооперировали в возрасте 5 лет, хотя оптимальным возрастом для проведения хирургической коррекции его заболевания считается 12-15 лет, что связано с морфофункциональным состоянием опорно-двигательного аппарата.

2. Пол имеет важное значение при оказании некоторых видов хирургической помощи, например, по поводу паховой грыжи, так как у девочек мочевой пузырь расположен ближе к брюшной стенке и по структуре схож с грыжевым мешком, поэтому риск травматизации мочевого пузыря выше, чем у мальчиков. В 4 экспертизах было установлено, что хирург не учел данные особенности при грыжесечении, что повлекло причинение вреда в виде повреждения стенки мочевого пузыря.

3. Наследственность: при подготовке к операции важно выявить наличие у ребенка, его родителей и родственников заболеваний, которые могут спровоцировать развитие осложнений при оказании хирургической помощи.[[60]](#footnote-61) Например, развитие спаечного процесса в брюшной полости в послеоперационный период является наследственно обусловленным.[[61]](#footnote-62)

4. Нерациональное питание, в том числе и соблюдение диеты в послеоперационном периоде. Так, после операции на органах брюшной полости, когда прием обычной пищи невозможен, затруднен или противопоказан, прооперированному ребенку назначают диету, обеспечивающую максимальную разгрузку и щажение органов пищеварения, предупреждающую вздутие кишечника. Однако в одной из экспертиз было установлено, что после операции на кишечнике, ребенка накормили супом, содержащим горох и капусту - овощи, способствующие газообразованию, что усугубило течение послеоперационной спаечной болезни и привело к кишечной непроходимости.

5. Наличие сопутствующих заболеваний, так как некоторые из них являются абсолютными или относительными противопоказаниями к операции, в том числе острые воспалительные процессы. Так, по данным одной из экспертиз, оперативное вмешательство было отложено и ребенок был направлен на амбулаторное долечивание и наблюдение педиатра, в связи с картиной острой респираторной инфекции и рецидивирующего бронхита.

6. Патологическая форма иммуногенной реактивности организма, так как лекарственные средства - чаще всего антибактериальные препараты, которые применяют для предотвращения контаминации и размножения микроорганизмов в ране, а также снижения частоты возникновения послеоперационных гнойных осложнений, могут вызывать развитие аллергических реакций вплоть до анафилактического шока.

7. Анатомо-топографические особенности, от которых зависит план и техника выполнения операции при одном и том же заболевании. Особенно важно это учитывать при оперировании пороков развития.[[62]](#footnote-63) В одной из экспертиз при операции по поводу воронкообразной грудной клетки, у ребенка имелось необычное расположение органов средостения: кпереди выступала верхняя полая вена и правое предсердие. Поэтому в ходе операции была повреждена передняя стенка верхней полой вены и перикард, что вызвало развитие геморрагического шока.

8. Лабильность детской психики важно учитывать, так как тревожное ожидание пугающих ребенка медицинских мероприятий, может оказать неблагоприятное воздействие на течение заболевания. Следует отметить, что нарушение вегетативных функций организма чаще наступают в послеоперационном периоде, так как оперативное вмешательство и неблагоприятные воздействия (больничная среда, факт разлучения с родителями, послеоперационный болевой синдром) может вызвать состояние декоменсации, особенно у тяжелобольных детей, что провоцирует развитие осложнений, а иногда приводит к развития летального исхода после так называемого психического шока.[[63]](#footnote-64)

9. При изучении жертвы нельзя не учитывать поведение законных представителей, так, в одной из экспертиз было установлено, что отказ матери от проведения прямой ларингобронхоскопии, оказал существенное негативное влияние на своевременность диагностики аспирации инородного тела, и, тем самым, увеличил время течения заболевания.

Таким образом, необходимо анализировать влияние законных представителей ребенка на развитие неблагоприятных последствий при оказании хирургической помощи, так как только в этом случае можно наиболее полно высказать суждение о наличии или отсутствии события ятрогенного преступления.

## § 2.2. Изучение субъекта ятрогенного преступления

Каждый медицинский работник должен иметь медицинское образование, квалификацию, специализацию. Необходимо соблюдать должностные инструкции, принципы медицинской этики и деонтологии. В ходе анализа судебно-медицинских экспертиз все вышеперечисленные условия были соблюдены. Однако для того, чтобы молодого специалиста допустили к самостоятельной операции, необходимы опыт, профессиональные навыки, специальные знания, достаточный уровень клинического мышления, которые формируются в течение не менее 5-10 лет под руководством старшего коллеги. Следовательно, с учетом физиологических и психических особенностей детского организма можно выделить ряд важных принципов, которые следует соблюдать при выполнении хирургических операций во избежания наступления неблагоприятных последствий:

1. Необходимо четкое знание топографической анатомии и физиологических особенностей детского организма вообще и возрастной специфики, применительно к конкретному заболеванию, а также в области хирургического вмешательства. Однако в одной из экспертиз было установлено, что во время оперативного вмешательства, наступила смерть ребенка, не смотря на заключение консилиума с участием профессора о том, что операцию следует отложить на более поздний срок, так как нецелесообразно проведение хирургической коррекции воронкообразной деформации грудной клетки при отсутствии функциональных и ортопедических показаний в возрасте 5 лет.[[64]](#footnote-65)

2. Манипулирование на растущих органах и тканях требует обоснованного стремления к органосохраняющим вмешательствам, максимальной деликатности и осторожности при обращении с тканями. В то же время при осуществлении малых разрезов, особенно при операциях на органах брюшной полости, создает дополнительные трудности при ревизии брюшной полости, расправлении инвагината, что может стать причиной травматизации кишечника и привести к возможным послеоперационным осложнениям.[[65]](#footnote-66)

3. Необходимо обеспечение комфортных условий для оперируемого ребенка, включающих рациональную предоперационную подготовку, премедекцию, инфузионную интраоперационную терапию и послеоперационное ведение. Так в одной из экспертиз было выявлено, что премедекция для предотвращения психомоторного возбуждения ребенка, была выполнена несвоевременно, в связи с чем возникли технические трудности при постановке внутривенного катетера для введения лекарственных препаратов на этапе индукции анестезиологического пособия.

4. Необходимо максимально быстрое и деликатное выполнение хирургического вмешательства, особенно у детей младшего возраста, но ни в коем случае не в ущерб анатомичности и нежности оперирования. В одной из экспертиз было установлено, что при разделении спаек были повреждены стенки подвздошной кишки, в связи с чем, на десерозированные участки кишечника были наложены швы, которые впоследствии разошлись, что привело к развитию гнойно-септическому состояния - перитониту.

5. Следует добиваться требуемого результата максимально простым и нетравматичным способом, а при необходимости разделить операцию на несколько этапов. В одной из экспертиз было установлено, что при устранении синдактилии ребенку не была выполнена аутотрансплантация для закрытия дефектов пальцев, что обусловило избыточное натяжение кожных лоскутов, сдавление сосудов и развитие некроза. Причем для устранения данного врожденного дефекта кисти возможно выполнение оперативного вмешательства без использования аутотрансплантата, но такая операция должна осуществляться в два этапа.[[66]](#footnote-67)

6. Чрезвычайно важно правильный выбор стратегии и тактики хирургического лечения, определение оптимального момента для выполнения операции. В одной из экспертиз было установлено, что для устранения кишечной непроходимости хирургу следовало не разделять спайки, а выбрать другую хирургическую тактику - наложить энтеростому на расширенную петлю кишки - это бы снизило риск возникновения осложнений, в том числе и развитие перитонита.

7. Ограниченность оперативного доступа у новорожденных и грудных детей требует определенных навыков, диктует рациональность применения специальных инструментов. Оперируя новорожденного, хирург должен постоянно помнить о своеобразном пороге переносимости хирургического вмешательства и по возможности исключить неоправданно сложные, многочасовые, травматичные операции.[[67]](#footnote-68)

Касательно индивидуальных качества хирурга можно предположить , что нарушение техники проведения операций не могли возникнуть из-за особенностей мыслительных и моторных реакций оперирующего, усталости, стресса, так как все вмешательства имели плановый характер. Возможно причинение вреда связано в проявлением самонадеянности, нарушением принципа коллегиальности, отсутствием должной заботы о пациенте для удовлетворения своих потребностей в признании профессионального мастерства, в сохранении и повышении профессионального имиджа, в лидерстве.

Таким образом, анализ профессиональных и индивидуальных качеств субъекта позволяют высказать суждение о надлежащем или ненадлежащем выполнении профессиональных обязанностей; возможных мотивах, наличии или отсутствии состава ятрогенного преступления; обстоятельств, которые смягчают, отягчают вину или исключают преступность деяния.

## § 2.3. Изучение процесса оказания медицинской помощи

Оказание медицинской помощи – это динамический процесс, состоящий из отдельных этапов: диагностирование, лечение, преемственность, которые должны соответствовать определенным правилам.[[68]](#footnote-69)

Диагностические дефекты чаще всего связаны с отсутствием динамического наблюдения за ребенком, недооценкой или неправильной оценкой выявленных симптомов. При анализе экспертиз были выявлены следующие дефекты на этапе диагностирования: несвоевременное проведение рентгенографического исследования брюшной полости в связи с чем, была поздно диагностирована непроходимость кишечника; в клиническом диагнозе неверно указана степень деформации и классификационные признаки воронкообразной деформации грудной клетки, в связи с чем пациенту было проведено непоказанное лечение; запоздалое установление причинно-следственной связи симптомов: «синюшности» кожных покровов, ослабление пульсации лучевой артерии, отека мягких тканей предплечья и причиной их возникновения, а именно - тромбоза артерий правого предплечья, что стало следствием неблагоприятного исхода в виде ишемического некроза правой кисти и правого предплечья.

Прежде чем приступить к хирургическому вмешательству, необходимо оценить операционный риск для ребенка, так как это может сыграть важную роль при исследовании причины возникновения ятрогения. Если риск хирургического вмешательства не превышает уровень компенсации нарушенных функций организма, то системная реакция на травматическое воздействие в рамках послеоперационного периода протекает гармонично и управляется механизмами ауторегуляции.[[69]](#footnote-70) События, связанные с риском оперативного вмешательства можно разделить на: безусловные, вероятные и случайные. Если вероятные, из-за невозможности их предвидения, не профилактируются, то случайные повреждения могут и должны предупреждаться принятием превентивных мер.[[70]](#footnote-71) Однако из проанализированных экспертиз, только в одной были данные о клиническом разборе с выделением факторов риска: наличие системной дисплазии соединительной ткани, в связи с чем возможны спонтанные разрывы крупных артерий, внезапное повышение или падение артериального давления во время операции, летальная желудочковая аритмия, а также наличие в анамнезе анафилактической реакции на линкомицин.

Оперативный метод лечения включает в себя предоперационную подготовку, непосредственно хирургическое вмешательство (выбор тактики) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями и лечение в послеоперационном периоде. Предоперационная подготовка пациента осуществляется для того, чтобы уменьшить степень декомпенсации поврежденной системы или органа, оценить витальные функции и при необходимости их улучшить, осуществить медикаментозную подготовку к обезболиванию.[[71]](#footnote-72) Причем чем тяжелее состояние ребенка, тем шире должен быть объем терапии с учетом патофизиологических сдвигов в организме пациента в предоперационный период. Нерациональный выбор метода обезболивания может явиться причиной тяжелых операционных и послеоперационных осложнений.[[72]](#footnote-73) В одной из экспертиз было установлено нарушение сроков премедекации, а именно: ребенку ввели лекарственные средства менее, чем за 30-40 минут до начала операции, в связи с чем возникли технические трудности при установке внутривенного катетера, что привело тромбозу правой плечевой артерии, исходом которого стала ампутация правой верхней конечности.

Хирургическая операция - это механическое воздействие на ткани и органы с лечебно-диагностической целью. Перед вмешательством хирургу важно повторить особенности топографоанатомических взаимоотношений в зоне хирургической деятельности, варианты доступов и техники выполнения операции.[[73]](#footnote-74) Разумно предвидеть наиболее частые технические и тактические недочеты, так как именно во время непосредственного вмешательства допускается наибольшее количество ошибок - в восьми экспертизах была нарушена техника выполнения операции: повреждение стенки мочевого пузыря, что привело к причинению вреда; повреждение перикарда и передней стенки нижней полой вены, что спровоцировало острую кровопотерю; повреждение стенки подвздошной кишки в зоне разделения спаек, что стало следствием развития перитонита; избыточное натяжение кожных лоскутов, что обусловило давление кровеносных сосудов и привело к некрозу мягких тканей. Выполнение операции должно сопровождаться адекватным объемом внутривенных инфузий, так как некомпенсированная кровопотеря значительно повышает операционный риск.[[74]](#footnote-75)

Задачами послеоперационного периода являются профилактика и терапия болевого синдрома, профилактика развития осложнений и инфекционных заболеваний, оценка эффективности и результатов лечения. В одной из экспертиз было установлено, что отсутствовало должное наблюдение хирурга за ребенком в послеоперационном периоде, в связи с чем, осложнение, в виде кишечной непроходимости, было диагностировано на четвертый день от начала симптомов.

Заключительная стадия лечения – это реабилитация, главной целью которой, является скорейшее возвращение пациента к нормальной жизнедеятельности. Применение различных методов восстановительного лечения зависит от способа хирургической коррекции, травматичности и обширности операции, наличия или отсутствия внутренних фиксирующих устройств. Комплекс реабилитационных мероприятий в раннем послеоперационном периоде включает в себя механотерапию, массаж, лечебную физкультуру и физиотерапию.[[75]](#footnote-76) Хотя и здесь могут быть нарушения, так, в одной из экспертиз, было установлено, что медицинская сестра во время сеанса массажа причинила ребенку тяжкий вред здоровью - закрытый поперечный перелом диафиза левой бедренной кости в средней трети со смещением отломков.

Третий этап – это преемственность, где также можно обнаружить дефекты: в одной из экспертиз ребенка несвоевременно госпитализировали на отделение сосудистой хирургии, в связи с чем, возможность оказания своевременной специализированной помощи была ограничена, что, в конечном итоге, привело к ампутации первой кисти и правого предплечья.

Таким образом, для того, чтобы обнаружить все дефекты оказания медицинской помощи, необходимо правильно разделить на стадии каждый этап оказания медицинской помощи и определить круг обстоятельств, подлежащих проверке.

## § 2.4. Анализ ятрогенного дефекта и ятрогении

К ятрогенным дефектам при оказании хирургической помощи можно отнести:

1. Повреждение - нарушение целостности и функции организма или его отдельного органа.[[76]](#footnote-77) Повреждения при оказании хирургической помощи, как правило, носят механический характер и чаще всего встречаются в абдоминальной хирургии, так как живот - сложная и достаточно вариантная, с анатомической точки зрения, область человеческого тела. Так в пяти экспертизах интраоперационные повреждения возникли при операции на полых органах брюшной полости, в двух экспертизах - повреждение органов средостения, в одной экспертизе - повреждение кровеносных сосудов пальцев руки.

2. Оставление инородного предмета в организме при проведении операции чаще всего связано с анатомическими особенностями, массивным интраоперационным кровотечением, а также дефицитом времени хирурга. При выполнении оперативных вмешательств в условиях естественного ограничения во времени (массовое поступление больных, работа попеременно на двух столах), оператор старается закончить операцию быстрее, что способствует ослаблению контроля за нахождением инструментов и салфеток в ране. По этой же причине не производится или производится небрежно подсчет салфеток и инструментария на завершающем этапе операции.[[77]](#footnote-78)

3. Передозировка - случайное или сознательное превышение максимально переносимых доз, в связи с чем лекарственные вещества вызывают токсические эффекты. Последние обычно проявляются в виде тех или иных серьезных нарушений функций органов и систем, включая смертельный исход, кроме того, возможно накопление токсических концентраций веществ в организме в результате нарушения их метаболизма (например, при патологии печени) или замедленного их выведения (при некоторых заболеваниях почек).[[78]](#footnote-79) В хирургии отравление может быть вызвано неправильной дозировкой лекарственных средств при анестезиологическом пособии, интраоперационной инфузионной терапии, лечении в послеоперационный период.

4. Заражение - инфицирование пациента бактериями, вирусами, грибами или простейшими в результате нарушения правил антисептики и асептики. Основной механизм заражения - гемоконтактный, путь передачи - артифициальный – при использовании нестерильных шприцев, хирургических инструментов, при переливании крови и ее препаратов, при пересадке органов и тканей. Капельный, фекально-оральный и контактный механизмы передачи инфекции возможны при нарушении санитарно-эпидемиологического режима.[[79]](#footnote-80)

 5. Развитие патологических состояний возможно на фоне недостаточного, непоказанного, противопоказанного лечения или в связи с преждевременным (с клинической точки зрения) прекращением лечения: преждевременная выписка пациента из стационара, преждевременное прекращение врачебного наблюдения в амбулаторных условиях.[[80]](#footnote-81) Так, по данным одной из экспертиз, нарушение правил оказания медицинской помощи на стадии диагностики, а именно, постановка неверного клинического диагноза и назначение непоказанного лечения - оперативного вмешательства, привело к летальному исходу.

6. Нарушение восприятия может быть следствием ненадлежащего психического воздействия врача на пациента в результате информационного, гипнотического или психологического внушения.[[81]](#footnote-82) Повышенная внушаемость наблюдается у эмоционально неустойчивых, впечатлительных или ослабленных детей. Например, у детей, перенесших ампутацию конечностей, возможны психические изменения: подавленное настроение, склонность к тревожности, фобии, соматовегетативные нарушения, затруднения в общении. Таким пациентам в программу реабилитации необходимо включать психотерапию, нарушение правил которой, может повлечь психическое расстройство, неустойчивость социальной ориентации.[[82]](#footnote-83)

Ятрогении, как нежелательные последствия оказанной медицинской помощи, различаются по степени выраженности: ятрогенный симптом, ятрогенный синдром, ятрогенное заболевания, ятрогенное заболевание отдаленного периода.[[83]](#footnote-84) В связи с тем, что большинство нарушений оказания хирургической помощи происходят на стадии лечения, то отдельный симптом, как правило, не отражает клиническую картину ятрогенного дефекта в послеоперационном периоде. Например, после герниопластики у ребенка появился симптом - гематурия, который характерен для инфекционных заболеваний мочеполовой системы, мочекаменной болезни, травматического повреждения уретры после катетеризации. Однако заподозрить перитонит, как следствие травматического повреждения стенки мочевого пузыря, можно только по совокупности симптомов: гематурия, задержка мочи, вздутие живота, положительный симптом раздражения брюшины. Таким образом, ятрогенный дефект - повреждение стенки мочевого пузыря и ятрогенное заболевание - перитонит, являются одновременно и последствиями нарушения оказания медицинской помощи - неправильно расценен характер грыжевого мешка, и фактами, доказывающими эти нарушения.

По данным проанализированных экспертиз при оказании хирургической помощи ятрогении в двух случаях привели к смерти, в остальных - к причинению вреда здоровью средней или тяжелой степени. Однако не все случаи наступления неблагоприятного исхода при лечении пациента причинно бывают связаны с действиями врача. Определенная их часть обусловливается тяжестью заболевания или зависит от ряда факторов, являющихся объективной случайностью, оценить значимость которых не всегда возможно.

## § 2.5. Исследование причинной связи между неблагоприятным исходом и деятельностью субъекта ятрогенного преступления

Особую сложность представляет определение значения дефектов оказания хирургической помощи в причинной связи наступившего неблагоприятного исхода.

Причинная связь в уголовном праве - это объективно существующая связь между преступным деянием и наступившими общественно опасными последствиями, наличие которой является обязательным условием для привлечения лица к уголовной ответственности, если состав преступления по конструкции объективной стороны является материальным. Данная причинная связь всегда должна быть прямой. В том случае, если причинная связь косвенная (опосредованная), то это означает, что противоправное деяние лежит за пределами юридически значимой причинной связи.[[84]](#footnote-85)

При расследовании случаев, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи медицинскими работниками, повлекшим неблагоприятные последствия для жизни и здоровья пациентов, установление причинной связи, вызывает определенные затруднения, так как причинная связь между медицинскими факторами, детерминирующими наступление неблагоприятного исхода (ятрогенный дефект, ятрогения, непосредственная причина смерти), не является логической, а следствие (летальный исход) вытекает из причины не в силу законов логики, а на основании законов природы.[[85]](#footnote-86)

Следует отметить, что действия субъекта могут не находиться в объективной причинной связи с непосредственной причиной наступления неблагоприятного исхода. Однако исход может находиться в причинной связи с комплексом действий или их отсутствием, обусловленных, ненадлежащим исполнением субъектом своих профессиональных обязанностей.[[86]](#footnote-87)

Таким образом, следователи, и судьи, не обладая достаточными познаниями в области медицины, при расследовании и судебном рассмотрении таких дел, как правило, в постановлениях (определениях) о назначении судебно-медицинских экспертиз ставят перед экспертами решение наличия или отсутствия причинной связи между действиями (бездействием) врача и наступившими неблагоприятными последствиями. Существует и другая причина - это отсутствие общеобязательных медицинских стандартов оказания медицинской помощи по отдельным заболеваниям, и как следствие – отсутствие методики расследования профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками.

В хирургии наступление неблагоприятного исхода возможно либо в результате неоказания медицинской помощи без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом, либо вследствие ненадлежащего исполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей. Установление причинно-следственной связи подразумевает доказательство того, что противоправное действие явилось объективной и непосредственной причиной наступления неблагоприятного исхода.

К видам неблагоприятного исхода, наступление которых возможно при оказании хирургической помощи детям можно отнести:

1. наступление смерти;
2. вред здоровью, опасный для жизни - нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей в результате воздействия одного или нескольких внешних повреждающих факторов (механических, физических, химических, биологических, психических);[[87]](#footnote-88)

3) потеря зрения, речи, слуха либо какого-либо органа или утрата органом его функций;

4) психическое расстройство;

5) длительное расстройство здоровья, кратковременное расстройство здоровья.

По смыслу действующего уголовного законодательства Российской Федерации последствия неоказания или ненадлежащего оказания помощи пациенту следует квалифицировать в соответствии с Медицинскими критериями квалифицирующих признаков тяжести вреда, причиненного здоровью человека.[[88]](#footnote-89)

В случае, если причинная связь дефекта оказанной медицинской помощи с наступившим неблагоприятным исходом косвенная, то степень тяжести не устанавливается. Однако если причинная связь между неблагоприятным исходом и деятельностью медицинского работника прямая, то экспертная комиссия оценивает степень тяжести наступивших последствий с помощью следующих основных вопросов:

 1) сущность наступившего исхода, то есть устанавливают «окончательный диагноз»;

 2) в чем заключается нарушение стандартов, правил оказания медицинской помощи;

 3) существует ли прямая причинная связь между каждым дефектом оказания медицинской помощи и наступившим неблагоприятным исходом;

 4) какова степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека действием (бездействием) медицинского работника.[[89]](#footnote-90)

Так, в двух экспертизах по поводу оказания хирургической помощи по поводу паховой грыжи было установлено, что во время операции был неправильно расценен характер грыжевого мешка, так как одна из стенок грыжевого мешка может быть образована прилежащим органом, расположенным забрюшинно (мочевой пузырь, кишечник), в связи с чем, была повреждена стенка мочевого пузыря. Между нарушением техники проведения оперативного вмешательства и травматическим повреждением стенки мочевого пузыря имеется прямая причинная связь. Однако в первом случае установлена средняя степень тяжести, так как повреждение было вовремя диагностировано и ушито. Неблагоприятным исходом ятрогенного дефекта здесь является длительное расстройство здоровья из-за необходимости повторного оперативного вмешательства. Во втором случае установлен тяжкий вред здоровью, так как повреждение стенки мочевого пузыря привело с развитию ятрогенного заболевания - перитонита - угрожающему жизни состояние, которое требует неотложной медицинской помощи.

Следовательно, установление наличия или отсутствия прямой причинной связи между действием (бездействием) медицинского работника и наступлением у пациента неблагоприятного исхода, а также степени тяжести наступивших последствий при проведении судебно-медицинской экспертизы является обязательным для комиссии экспертов в соответствии с общепринятыми в хирургии представлениями об этиологии, патогенезе, клинической картине и лечении в отношении конкретного заболевания у пациента.

# Глава 3. Использование специальных медицинских знаний при анализе обстоятельств ятрогенного события при неадекватном оказании педиатрической помощи

## § 3.1. Привлечение специалиста к исследованию обстоятельств ятрогенного преступления

Криминалистическая, а иногда и процессуально-правовая оценка деятельности участников уголовного судопроизводства по материалам уголовных дел без помощи специалиста может оказаться затруднительной для следователя, прокурора и суда.[[90]](#footnote-91) Особенно это касается расследования ятрогенных преступлений, так как у следователей отсутствуют специальные познания в области медицины и биологии.

Поводами для возбуждения уголовных дел о ятрогенных преступлениях обычно служат заявления граждан о привлечении к уголовной ответственности медицинского работника за ненадлежащее оказание медицинской помощи, что стало причиной наступления неблагоприятным исходом — причинение пациенту вреда здоровью или смерти, реже — материалы прокурорских проверок, проведенных по жалобам граждан на ненадлежащее врачевание или по запросу депутата, и как исключение — направленные в прокуратуру материалы проверки региональным комитетом здравоохранения факта ненадлежащего исполнения медиком своих профессиональных обязанностей по оказанию медицинской помощи пациенту. Поводом к возбуждению уголовных дел также могут послужить материалы средств массовой информации.[[91]](#footnote-92)

С момента получения сообщения о посягательстве на здоровье или жизнь начинаются проверочные действия, целью которых является: установить наличие (отсутствие) повода и основания для возбуждения или принятия решения об отказе в возбуждении уголовного дела; сохранить следы посягательства; предотвратить действия по фальсификации медицинских документов и (или) их уничтожению.[[92]](#footnote-93) Привлечение специалиста к участию в следственных действиях требуется для того, чтобы принять решение о том, имел ли место дефект оказания хирургической помощи.

Следователь может получить у специалиста сведения о том, в какой форме хранится необходимая информация и какие медицинские документы должны быть получены из лечебно-профилактического учреждения, где оказывалась помощь пациенту.[[93]](#footnote-94)

Медицинская документация может быть условно разделена на четыре группы: нормативно-правовую, административную, технологическую (инструкции, стандарты, правила) и производственную.[[94]](#footnote-95) Наиболее важное значение имеет производственная медицинская документация, которая содержит информацию о процессе оказания медицинской помощи. В стационарах хирургического профиля к ней можно отнести: журнал учета приема больных и отказов в госпитализации, медицинская карта стационарного больного, протокол операции, журнал записи оперативных вмешательств, карта анестезиологического пособия, анестезиологический журнал, журнал рентгеновских исследований, журнал лабораторных исследований, журнал регистрации переливания трансфузионных сред, температурный лист, протокол лечебно-контрольной комиссии, а в случае летального исхода протокол патологоанатомического исследования, заключение ведомственной экспертной комиссии о качестве проведенного лечения.[[95]](#footnote-96)

Для ознакомления с медицинской документацией в которой отражен врачебный процесс, осуществленный в интересах пациента, специалист помогает выявить следующие сведения: была ли ему оказана необходимая и показанная медицинская помощь, была ли помощь оказана своевременно, обоснованно, в достаточном объеме, с оптимальным использованием ресурсов лечебно-профилактического учреждения и регионального здравоохранения, с соблюдением мер предосторожности, был ли достигнут максимально возможный результат, соответствовали ли действия врача нормативным правовым актам, служебным положениям и инструкциям.[[96]](#footnote-97)

Специалист может оказать содействие в получении данных о том, имеются ли противоречия в информации, содержащейся в медицинских документах, а также соответствовали ли действия врача стандартам, правилам, руководствам и клиническим рекомендациям, содержащих указания о порядке оказания медицинской помощи по поводу конкретного заболевания. В связи с тем, что чаще всего медицинская документация заполняется позже, чем было проведено то или иное медицинское мероприятие, возможны непреднамеренные искажения информации (связанные с объективными свойствами человеческой памяти).[[97]](#footnote-98) Однако в случае наступления неблагоприятного исхода, медицинские документы могут быть уничтожены или фальсифицированы. При этом только специалист сможет указать на влейки, дописки, подчистки и исправления, внесенные позднее, а также возможные источники, в которых информация сохранилась, так как многие медицинские мероприятия отражаются сразу в нескольких документах.[[98]](#footnote-99) Специалист должен подробно знать всю процедуру отражения процесса оказания хирургической помощи, так как по документам можно обнаружить следы ятрогения, ее сокрытия, установить медицинские мероприятия, обусловившие ятрогенную патологию и неблагоприятный исход.[[99]](#footnote-100)

Следователь может использовать помощь специалиста в определении круга лиц, подлежащих допросу, и вопросов, относящихся к процессу оказания медицинской помощи, а также обстоятельств, на которые следует обратить особое внимание при проведении допросов. Как правило, из соображений корпоративной этики, специалист отказывается участвовать в допросе, однако помогает следователю корректно сформулировать вопросы. К медицинским работникам, участвующих в осуществлении хирургической помощи относятся: оперирующий хирург, ассистент(ы) хирурга, операционная сестра, врач-анестезиолог (при операциях под наркозом), медицинская сестра-анестезист, лечащий врач (в случае, если он не принимал участия в операции), врачи-специалисты узкого профиля, дежурные врачи, медицинские сестры, заведующий отделением, начальник медицинской части, а также патологоанатом. Сведения, полученные от медицинских работников, облечены в особую форму, так как лицо излагает их с использованием медицинской терминологии, также медицинские работники могут умышленно умалчивать о какие-либо действиях своих коллег. Помощь специалиста в этих случаях исключительна, так как по результатам допроса он может помочь сформулировать вопросы для дополнительного допроса.[[100]](#footnote-101)

Допрос потерпевшего, не достигшего возраста четырнадцати лет, должен проводится с обязательным участием его законных представителей,[[101]](#footnote-102) поведенческие особенности которых, могли повлиять на наступление неблагоприятного исхода при оказании медицинской помощи.

Немаловажным является и допрос лиц, являющихся очевидцами тех или иных событий в ходе осуществления медицинской помощи: пациенты и их законные представители, находившихся одновременно с потерпевшим, родственники, знакомые.

Специалист в отличие от эксперта не проводит исследования, его роль содействовать следователю при осуществлении процессуальных действий.[[102]](#footnote-103)

Также у специалиста можно получить письменное заключение, предметом которого может быть суждение по определенному вопросу, и при необходимости допросить его. Показания специалиста, представляют собой сведения об обстоятельствах, требующих специальных знаний, а также разъяснение его мнения, изложенного в заключении.[[103]](#footnote-104)

Таким образом, повышение качества расследования ятрогенных преступлений во многом обусловлено широким и грамотным использованием специальных знаний. Помощь специалиста медика обеспечивает объективность, полноту и всесторонность предварительного и судебного следствия, способствует оперативному раскрытию преступлений, вынесению законного, обоснованного и справедливого приговора.

## § 3.2. Подготовка и назначение судебно-медицинской экспертизы

Особенностью доказывания по делам о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием хирургической помощи, является проведение судебно-медицинской экспертизы качества оказания медицинской помощи для установления способа совершения посягательства на жизнь или здоровье человека.

Судебно-медицинская экспертиза - процессуальное действие, состоящее из проведения исследований и дачи заключения экспертом по вопросам, разрешение которых требует специальных знаний и которые поставлены перед экспертом судом, судьей, органом дознания, лицом, производящим дознание, следователем, в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу.[[104]](#footnote-105) Согласно статье 196 УПК РФ для установления причины смерти; характера и степени вреда, причиненного здоровью, назначение и проведение судебной экспертизы является обязательным.[[105]](#footnote-106)

Следует отметить, что никакие доказательства не имеют заранее установленной силы.[[106]](#footnote-107) Однако как показывает практика, заключение судебно-медицинского эксперта, в силу присущей им специфики, воспринимается как особое доказательство и значение выводов таких экспертиз следователями и судьями существенно завышается.

Судебно-медицинские экспертизы по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников являются наиболее сложными и трудоемкими видами практической деятельности судебно-медицинских экспертов. Трудность проведения таких экспертиз заключается в сложной ретроспективной оценке состояния здоровья, анализе индивидуальной реакции организма пациента на проводимое оперативное лечение, его своевременность, обоснованность, оптимальность, безопасность и эффективность.

Одной из существенных организационно-процессуальных проблем назначения и проведения экспертизы является выбор экспертного учреждения, так как лечебно-профилактическое учреждение, где было совершено ятрогенное преступление, и Бюро судебно-медицинской экспертизы связаны единой подведомственностью.[[107]](#footnote-108) Нельзя упускать из виду, что медицинскому миру свойственна корпоративность в отрицательном значении, когда одни лица покрывают неправомерные деяния (действия или бездействия) других, что оказывает изощренно-завуалированное противодействие следственным органам и суду.

Другой проблемой, в том числе обусловливающих длительность их проведения, является необходимость привлечения в состав экспертной 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. Фактически, это комплексные экспертизы, требующие применения различных специальных познаний в области медицины и фармации.[[108]](#footnote-109)

Следовательно, проведение экспертизы целесообразно назначать в независимых экспертных организациях, что обеспечит реальную независимость экспертов и получение объективного экспертного заключения по делам о ятрогенных преступлениях.

Назначение судебной экспертизы следователь оформляет в виде постановления, где излагает основные обстоятельства дела, указывает материалы исследования, а также вопросы специального порядка, которые подлежат разрешению на судебно-медицинской экспертизе.[[109]](#footnote-110)

Содержание вопросов может значительно варьировать в зависимости от расследуемого случая, поэтому при формулировании вопросов следователь должен ориентироваться на системную структуру ятрогенного преступления, представляющую собой цепочку взаимозависимых элементов. Вопросы должны быть конкретными, четкими и ясными, имеющие отношение к делу, и не допускающими двоякого толкования. Если вопросы взаимосвязаны, они должны задаваться в логической последовательности, особенно это касается вопросов врачебного процесса, где важно исследовать каждую стадию, для обнаружения дефекта оказания хирургической помощи.

Следует отметить, что любое оперативное вмешательство должно содержать оценку интраоперационного риска для пациента. При рассмотрении обоснованности риска хирургического вмешательства для экспертов могут быть поставлены следующие вопросы: достигалась ли риском общественно полезная цель; возможно ли было достижение общественно полезной цели не связанными с риском действиям; принимались ли меры для предотвращения вероятности наступления вреда; достаточны ли были принятые меры. Ни в одной из проанализированных экспертиз перед комиссией экспертов не ставился вопрос об обоснованности риска проводившегося хирургического лечения.

Важную роль при расследовании ятрогенных преступлений играет судебно-медицинская экспертиза трупа. Она проводится в случае смерти пациента и состоит из ознакомления с предварительными сведениями об обстоятельствах смерти, наружного и внутреннего исследования, лабораторных анализов и оформления соответствующего документа.[[110]](#footnote-111)

К основным задачам экспертного исследования в отношении дела о профессиональных правонарушениях медицинских работников относят: оценку жертвы и субъекта ятрогенного преступления, определение роли условий в реализации негативных последствий ненадлежащего оказания медицинской помощи, оценку вреда здоровью как результата ненадлежащего оказания медицинской помощи, оценку причинно-следственной связи между наступившими последствиями и дефектом оказания медицинской помощи.[[111]](#footnote-112)

При проведении судебно-медицинской экспертизы экспертная комиссия в первую очередь анализирует соблюдение при оказании медицинской помощи пациенту порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.[[112]](#footnote-113) Следует отметить, что экспертная комиссия в обязательном порядке должна также руководствоваться критериями оценки качества медицинской помощи.[[113]](#footnote-114)

Таки образом, судебно-медицинская экспертиза призвана дать медицинскую характеристику фактам, имеющих юридическое значение, в такой форме, которая позволит уяснить и интерпретировать ее в правовой среде. Использование специальных знаний в виде судебно-медицинской экспертизы обеспечивает объективность, полноту и всесторонность предварительного и судебного следствия, вынесению законного, обоснованного и справедливого приговора.

## § 3.3. Оценка выводов экспертов

 Выводы экспертов в заключении являются не чем иным, как оценкой результатов специальных исследований предоставленных ему материалов, содержащих необходимые для производства по уголовному делу сведения об оказанной пациенту медицинской помощи. Сами эти сведения, в силу их специфичности, не могут быть в полной мере ни проверены, ни оценены участниками судопроизводства. Следовательно, стороны судопроизводства и суд устанавливают подлежащие доказыванию обстоятельства путем проверки и оценки не самого сведения, имеющего значение для уголовного дела и заключенного в объект экспертного исследования, а результатов работы комиссии экспертов. Оценка заключения судебно-медицинской экспертизы осуществляется с точки зрения относимости, допустимости, достоверности.[[114]](#footnote-115)

Относимость заключения эксперта к данному уголовному делу, как и любого другого доказательства, определяется его содержанием, то есть теми фактами, которые оно устанавливает. Под ней понимается связь с предметом доказывания и с иными обстоятельствами дела, установление которых необходимо для достижения целей судопроизводства. Проверка относимости результатов экспертного исследования при его оценке заключается в выяснении того, входит ли факт, установленный экспертом, в предмет доказывания или в число иных существенных для дела обстоятельств и позволяют ли выводы, сделанные экспертом, этот факт установить, доказать.[[115]](#footnote-116) Вместе с тем, определение относимости заключения эксперта имеет одну особенность. А именно – она зависит от относимости исследуемого объекта, в частности, от тех сведений, которые содержаться в медицинской документации.

Допустимость означает соблюдение при работе с доказательствами всех формальных требований, которые, как правило, прямо предусмотрены законом. К критериям допустимости заключения эксперта относятся:

1. Правомочный субъект производства экспертизы - личность каждого эксперта оценивается с точки зрения его образования, специализации и квалификации, а также компетенции, в рамках которой он имеет право давать заключение. Имеет смысл выяснить, не имеется ли оснований для отвода эксперта, нет ли связей между экспертом и субъектом рассматриваемого ятрогенного преступления. Нельзя упускать из виду, что медицинскому миру свойственна корпоративность – даже не подлежащие отводу в законодательном порядке эксперты иногда не желают или не осмеливаются давать объективную оценку действиям своих коллег. [[116]](#footnote-117)

2. Соблюдение общих пределов компетенции судебной экспертизы -разрешение только тех вопросов, которые требуют специальных знаний. Нередко судмедэксперты пытаются решать вопросы правового характера – оценивают действия медицинского работника, причинившего вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей вред здоровью пациента или смерть, как «несчастный случай» или «врачебную ошибку».[[117]](#footnote-118)

3. Соблюдение процессуального порядка назначения, производства экспертизы, процессуальной формы заключения судебно-медицинской экспертизы и необходимых реквизитов.[[118]](#footnote-119)

4. Допустимость объектов экспертного исследования, в том числе и сведений, содержащихся в медицинских документах, так как нельзя исключать возможные исправления, дописки и другие признаки, свидетельствующие о возможной фальсификации.

Оценка достоверности заключения эксперта является наиболее сложным компонентом оценки выводов комиссии экспертов, так как проверить научную обоснованность выбранной методики, обоснованность произведенных исследований ввиду отсутствия специальных знаний весьма непросто. Тем не менее, можно выделить следующие критерии оценки достоверности:

1. Надежность примененной экспертом методики - официально утвержденная методика проведения судебно-медицинских экспертиз качества хирургической помощи отсутствует. Оценить методики, которые применяла комиссия экспертов, можно по формальным основаниям – авторитетность учреждения, разработавшего ее, когда и кем апробирована, каким органом одобрена и рекомендована к применению. Как правило, эксперты проводят исследования по заранее разработанным методикам, официально апробированным и утвержденным. Чаще всего ставится под сомнение не научная обоснованность экспертной методики, а правомерность ее применения в данном конкретном случае. Также в заключении эксперты нередко указывают ссылки на справочно-нормативные и методические материалы, которыми они руководствовались и на литературные источники, использованные при проведении исследования.[[119]](#footnote-120)

2. Достаточность представленного эксперту материала и правильность исходных данных, в том числе и сведений об оказанной хирургической помощи, так как в медицинской документации часто присутствуют дефекты оформления: записи ведутся небрежно; нарушается их порядок; записи, ведущиеся от руки, нечитаемые, также нельзя исключать возможную умышленную утрату медицинских документов.

3. Полнота проведенного экспертом исследования - необходимо выяснить, насколько полно исследованы представленные на экспертизу медицинские документы и другие объекты. Эксперты должны самым тщательным образом изучить и оценить процесс оказания хирургической помощи ребенку, в противном случае, установить связь между элементами, детерминировавшими развитие непосредственной причины неблагоприятного исхода, будет трудно.[[120]](#footnote-121)

4. Логическая обоснованность выводов эксперта в самом заключении - соблюдение основных законов логики: тождества, не противоречия, исключенного третьего и достаточного основания.[[121]](#footnote-122)

Закон тождества («Тождественные мысли не различны, различные мысли не тождественны»). Так, например, в нарушение закона тождества, эксперты используют разные термины, обозначающие одни и те же понятия. Нарушить закон тождества можно и другим способом – противопоставляя или разделяя одно и то же понятие. К нарушениям этого закона можно отнести также так называемую проблему «подмены понятий», когда искусственно смешиваются два разных термина, наполненных абсолютно разным содержанием.

Закон не противоречия («Два противоположных суждения в одно и то же время не могут быть истинными, по крайней мере, одно из них ложно»). Закон не противоречия заключается в необходимости построения последовательного рассуждения. В отношении одного и того же предмета нельзя высказывать два противоположных суждения.

Закон исключенного третьего («Два противоречащих суждения одновременно не могут быть ложными: одно из них непременно истинно, а третьего не может быть»). Закон исключенного третьего не позволяет одновременного говорить и о наличии, и об отсутствии у предмета какого-либо признака.

Закон достаточного основания («Всякая истинная мысль должна быть обоснована»). Четвертый закон логики – закон достаточного основания – подразумевает необходимость аргументации любого высказанного суждения. Нарушения этого закона имеют место в двух случаях: при полном отсутствии аргументации либо при неправильной аргументации - чем шире и подробнее будет аргументировано заключение, тем больше оснований ему доверять.[[122]](#footnote-123)

5. Согласованность (непротиворечие) заключения с имеющимися в деле доказательствами (в том числе, с другими заключениями) - оценка экспертного заключения в совокупности с другими доказательствами.[[123]](#footnote-124)

Таким образом, несмотря на возрастающие число судебно-медицинских экспертиз по «медицинским делам», детального анализа «хирургических ятрогений» в медицинской литературе на сегодняшний день не существует, как и официально утвержденных методических рекомендаций по проведению экспертиз в такого рода ситуациях, что существенно затрудняет оценку научной обоснованности и правомерности применяемых методик экспертного исследования.

# Заключение

Ятрогенное преступление в криминалистическом аспекте есть сложная динамическая система, которая состоит из определенных элементов, знание которых помогает надлежащей организации расследования, принятию правильных решений по делу. Причем возникновение ятрогений связано с профессиональной деятельностью по оказанию пациенту медицинской помощи и в результате нарушения правил её осуществления. Поэтому, при исследовании системы события ятрогенного преступления, необходимо, прежде всего, изучение протоколов, стандартов и рекомендаций, без которых невозможно выявить дефекты врачебного процесса.

Необходимо принимать во внимание и возможности медицинского работника при оказании медицинской помощи, которые часто могут быть ограничены объективными условиями: недостаточность научно-практических данных, несвоевременностью обращения пациента за медицинской помощью, тяжестью и характером патологии, уровнем материально-технической и кадровой обеспеченностью медицинского учреждения и другими.

При криминалистической характеристике элементов преступления важно учитывать особенности, которые связаны со сложностью биологических процессов, происходящих в организме пациента, сложностью для врача проведения дифференциальной диагностики, недостаточным использованием специальных знаний, а также анатомофизиологическими особенностями ребенка, которые могут повлиять на развитие ятрогенных дефектов при оказании хирургической помощи.

Проблемы расследования ятрогенных преступлений вызваны спецификой хирургической помощи, которая, в свою очередь, обусловлена сложностью проводимых медицинских мероприятий и процессов, протекающих в организме ребенка. Для того чтобы получить общее представление об изучаемом предмете, требуется тщательный и длительный поэтапный разбор врачебного процесса с привлечением лица, которое обладает специальными знаниями в области медицины и был бы знаком с тонкостями деятельности детского хирурга. Часто медицинские вмешательства, влекущие неблагоприятные для больного последствия, соответствуют условиям обоснованного профессионального риска, для выявления которых необходим тщательный̆ анализ медицинского происшествия с участием специалиста.

Оценка причинно-следственной связи между наступившими последствиями и дефектом оказания медицинской помощи имеет особенное значение, но, к сожалению, стандарты и порядки оказания медицинской помощи охватывают лишь некоторую часть заболеваний, что значительно затрудняет, как и расследование ятрогенного преступления, так и проведение судебно-медицинской экспертизы. Кроме того, следует учитывать выраженную корпоративность медицинских работников, которые нередко приводит к необъективности со стороны лиц, выступающих в уголовном процессе в качестве свидетелей, экспертов и специалистов.

Таким образом, выявление особенностей применения специальных медицинских знаний при формировании доказательств и их использование на стадии уголовного преследования детских хирургов, совершивших неосторожное причинение смерти или вреда здоровью пациенту вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей при оказании хирургической помощи, способствует надлежащей защите уголовно-правовыми мерами конституционных прав граждан на получение медицинской помощи, охрану здоровья и жизни.

# Список литературы

**1. Нормативные правовые акты и иные официальные документы**

1. Конституция Российской Федерации [Электронный ресурс]: принята всенародным голосованием 12 дек.1993 г. // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2014. – № 31. – Ст. 4398. – с учетом поправок, внесенных Законами Российской Федерации о поправках к Конституции Российской Федерации от 30 дек. 2008 № 6-ФКЗ, от 30 дек. 2008 № 7-ФКЗ, от 05 февр. 2014 № 2-ФКЗ, от 21 июля 2014 № 11-ФКЗ). – СПС «КонсультантПлюс».

2. Уголовный кодекс Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2014. – № 31. – Ст. 4398. – (в ред. от 03 июля 2016.). – СПС «Консультант Плюс».

3. О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2001. – № 23. – Ст. 2291. – (в ред. от 08 марта 2015.). – СПС «Консультант Плюс».

4. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 18 дек. 2001 г. № 174-ФЗ // Рос. газ. – 2001. – 22 дек. – (в ред. от 19 февр. 2018.). – СПС «Консультант Плюс».

5. О лицензировании отдельных видов деятельности [Электронный ресурс] : федер. закон от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ // Рос. газ. – 2011. – 06 май. – (в ред. от 31 дек. 2017.). – СПС «Консультант Плюс».

6. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ // Рос. газ. – 2011. – 23 нояб. – (в ред. от 07 марта 2018.). – СПС «Консультант Плюс».

7. Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека [Электронный ресурс] : постановление Правительства Рос. Федерации от 17 авг. 2007 г. № 522 // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2007. – № 35. – Ст. 4308. – (в ред. от 17 нояб. 2011.). – СПС «Консультант Плюс».

8. Перечень форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения [Электронный ресурс] : приказ Минздрава СССР от 04 окт. 1980 г. № 1030 // СПС «Консультант Плюс».

9. Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека [Электронный ресурс] : приказ Минздрава Рос. Федерации от 24 апр. 2008 г. № 194н // Рос. газ. – 2008. –05 сент. – (в ред. от 18 янв. 2012.). – СПС «Консультант Плюс».

10. Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста [Электронный ресурс] : приказ Минздрава Рос. Федерации от 29 нояб. 2012 г. № 982н // Рос. газ. – 2013. – 12 апр. – (в ред. от 10 февр. 2016.). – СПС «Консультант Плюс».

11. О Порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории [Электронный ресурс] : приказ Минздрава Рос. Федерации от 23 апр. 2013 г. № 240н // Рос. газ. – 2013. – 24 июл. – СПС «Консультант Плюс».

12. Об утверждении номенклатуры медицинских организаций [Электронный ресурс] : приказ Минздрава Рос. Федерации от 06 авг. 2013 г. № 529н // Рос. газ. – 2013. – 07 окт. – СПС «Консультант Плюс».

13. Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению [Электронный ресурс] : приказ Минздрава Рос. Федерации от 15 дек. 2014 г. № 834н // Режим доступа : <http://www.pravo.gov.ru>.

14. Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи [Электронный ресурс] : приказ Минздрава Рос. Федерации от 10 мая 2017 г. № 203н // Режим доступа : <http://www.pravo.gov.ru>.

15. Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях [Электронный ресурс] : приказ Минздрава Рос. Федерации от 30 сент. 2015 г. № 683н // Режим доступа : <http://www.pravo.gov.ru>.

16. Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки [Электронный ресурс] : приказ Минздрава Рос. Федерации от 08 окт. 2015 г. № 707н // Режим доступа : <http://www.pravo.gov.ru>.

17. Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием [Электронный ресурс] : приказ Минздрава Рос. Федерации от 10 февр. 2016 г. № 83н // Режим доступа : <http://www.pravo.gov.ru>.

18. Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи [Электронный ресурс] : приказ Минздрава Рос. Федерации от 10 мая 2017 г. № 203н // Режим доступа : <http://www.pravo.gov.ru>.

19. ГОСТ Р 52623.4 - 2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств. [Электронный ресурс] : приказ Росстандарта от 31 марта 2015 г. № 200-ст // СПС «Консультант Плюс».

**2. Специальная литература**

**2.1. Книги**

20. Густов Г. А. Программно-целевой метод организации раскрытия убийств: учебное пособие / Г. А. Густов. – 2-е изд., стереотип. – СПб. : Изд-во С.-Петерб. ин-та, 1997. – 121 с.

21. Вермель, И. Г. Вопросы логики в судебно-медицинских заключениях: По делам о правильности действий медицинских работников / И. Г. Вермель. – М. : Медицина, 1974. – 64 с.

22. Восстановительная медицина: учебное пособие / под ред. В. Г. Лейзерман, О. В. Бугровой, С. И. Красикова. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2008. – 411 с.

23. Данилова, Н. А. Использование специальных знаний в уголовном судопроизводстве: монография / Н. А. Данилова [и др.]. – СПб., 2005. – 315 с.

24. Детская оперативная хирургия: практическое руководство / под ред. В. Д. Тихомировой. – СПб. : ЛИК, 2001. – 430 с.

25. Детская хирургия. Национальное руководство. / под ред. А. Ю. Разумовского ; отв. ред. А. Ф. Дронов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 784 с.

26. Детские болезни: учебник в 2 т. Т. 1 / под ред. И. Ю. Мельниковой. – М. : Гэотар-Медиа, 2009. – 672 с.

27. Дьяченко, С. В. Экспертиза ятрогении: монография / С. В. Дьяченко, А. И. Авдеев, В. Г. Дьяченко. – Хабаровск : Лидер, 2015. – 660 с.

28. Еникеев, М. И. Общая и социальная психология: учебник / М. И. Еникеев. – М. : НОРМА, 1999. – 624 с.

29. Инфекционные болезни у детей: учебник / под ред. В. Н. Тимченко. – 4-е изд., испр. и доп. – СПб. : СпецЛит, 2012. – 623 с.

30. Калиткин, К. Н. Психотерапия в хирургии: практическое руководство для врачей / К. Н. Калиткин. – Ташкент, 1965. – 80 с.

31. Карвасарский, Б. Д. Психотерапия: учебник / Б. Д. Карвасарский. – СПб. : Питер, 2002. – 409 с.

32. 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. – 29 с.

33. Курс криминалистики : в 3 т. Т. 2. Криминалистическая методика: Методика расследования преступлений против личности, общественной безопасности и общественного порядка / под ред. О. Н. Коршуновой, А. А. Степанова. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2004. – 639 с.

34. Критерии выбора вида оперативного вмешательства и прогнозирование послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии: методические рекомендации / под ред. К. В. Пучкова, А. В. Соколова. – Рязань, 1997. – 20 с.

35. Настольная книга следователя / отв. ред. О. Н. Коршунова, В. С. Шадрин. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2008. – 908 с.

36. Некачалов, В. В. Ятрогения (Патология диагностики и лечения): пособие для врачей / В. В. Некачалов. – СПб., 1998. – 42 с.

37. Орлов, Ю. К. Современные проблемы доказывания и использования специальных знаний в уголовном судопроизводстве: научно-учебное пособие / Ю. К. Орлов. – М. : Проспект, 2016. – 208 с.

38. Пристансков В. Д. Криминалистическая теория расследования ятръогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи : монография / В. Д. Пристансков. – СПб. : АМА НЗ РФ, 2007. – 383 с.

39. Пристансков, В. Д. Особенности расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи: учебное пособие / В. Д. Пристансков. – СПб. : СПб юрид. ин-т Генеральной прокуратуры РФ, 2007. – 60 с.

40. Пристансков, В. Д. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию: монография / В. Д. Пристансков. – СПб., 2005. – 329 с.

41. Пристансков, В. Д. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию: монография / В. Д. Пристансков. – СПб., 2006. – 228 с.

42. Ригельман, Р. К. Как избежать врачебных ошибок: книга практикующего врача / Р. К. Ригельман. – М. : Практика, 1994. – 108 с.

43. Рязанцев, Е. В. Врачебная ошибка: монография / Е. В. Рязанцев, Е. В. Рязанцев. – Саранск : Изд-во Мордовского ун-та, 2009. – 232 с.

44. Сетяева, Н. Н. Основы физической реабилитации: учебное пособие / Н. Н. Сетяева. – Сургут, 2014. – 408 с.

45. Тимофеев, И. В. Медицинская ошибка. Медико-организационные и правовые аспекты. / И. В. Тимофеев, О. В. Леонтьев. – СПб. : ДНК, 2002. – 80 с.

46. Унгурян, В. М. Манипуляционные ятрогении в абдоминальной хирургии / В. М. Унгурян. – СПб. : КОСТА, 2015. – 94 с.

47. Харкевич, Д. А. Фармакология: учебник / Д. А. Харкевич. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 908 с.

48. Хирургическая гастроэнтерология детского возраста: руководство для врачей / под ред. В. В. Подкаменева. – М. : Медицинское информационное агенство, 2012. – 488 с.

49. Хирургические болезни детского возраста: учебник в 2 т. Т.1 / под ред. Ю. Ф. Исакова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2004. – 632 с.

50. Шапошников, А. В. Ятрогения. Терминологический анализ и конструирование понятий / А. В. Шапошников. – Ростов-на-Дону : Книга, 1998. – 168 с.

51. Эксархопуло, А. А. Специальные познания и их применение в исследовании материалов уголовного дела / А. А. Эксархопуло. – СПб. : Изд-во С.-Петерб. гос. ун-та, 2005. – 280 с.

**2.2. Статьи**

52. Абаев, Ю. К. Биоэтика и деонтология в педиатрии / Ю. К. Абаев // Медицинские новости. – 2006. – № 2. – С. 66-73.

53. Варламова, Е. А., Проблема определения причинно-следственной связи по уголовным делам о ятрогенных преступлениях / Е. А. Варламова, В. Д. Пристансков // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. – 2015. – № 1(3). – С. 74-78.

54. Долецкий, С. Я. Ятрогения в хирургии детского возраста / С. Я. Долецкий // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2014. – № 4. – С. 11-26.

55. Золоев, А. Г. Правовая оценка ятрогении. / А. Г. Золоев // Российский юридический журнал. – 2008. – № 4. – С. 193-196.

56. Кошелева, И. С. Медицинская документация как объект исследования при расследовании уголовных дел в отношении медицинских работников / Кошелева И. С. // Российский следователь. – 2010. – №4. – С. 4-6.

57. Пристансков, В. Д. Судебно-медицинская экспертиза качества оказания медицинской помощи: организационно-тактические особенности назначения // Сибирские уголовно-процессуальные и криминалистические чтения. – 2012. – №1. – С. 262-268.

58. Сергеев, Ю. Д. Ненадлежащее оказание медицинской помощи: социально-правовые аспекты проблемы / Ю. Д. Сергеев, С. В. Ерофеев, В. А. Козырев // Адвокат. – 1999. – № 7. – С. 33-37.

59. Сучков, А. В. Проблемы назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз при расследовании профессиональных преступлений, совершённых медицинскими работниками / А. В. Сучков // Вятский медицинский вестник. – 2009. – №2-4. – С. 82-87.

**2.3. Диссертации и авторефераты диссертаций**

60. Гезгиева, Р. К. Прогнозирование развития спаечного процесса в абдоминальной хирургии: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р. К. Гезгиева. – Ставрополь, 2007. – 25 с.

61. Пристансков, В. Д. Теоретические и методологические проблемы расследования ятрогенных преступлений: автореф. дис. ... канд. юрид. наук / В. Д. Пристансков. – СПб., 2000. – 22 с.

62. Тузлукова, М. В. Использование специальных знаний при расследовании ятрогенных преступлений : дисс. ... канд. юрид. наук / М. В. Тузлукова. – Казань, 2005. – 200 с.

**3. Интернет-ресурсы**

63. Международная классификация болезней 10 пересмотра [Электронный ресурс] : электронная версия МКБ-10. – Режим доступа : <http://www.mkb10.ru>.

64. Селезнев, С. Б. Особенности общения медицинского персонала с больными различного профиля (по материалам лекций для студентов медицинских и социальных вузов) [Электронный ресурс] / С. Б. Селезнев // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – № 4. Режим доступа : http:// [medpsy.ru](http://medpsy.ru).

65. Bumke O. Der Arzt als Ursache seelischer Störungen [Electronic resourse] / O. Bumke // Dtsch. med. Wschr. – 1925. – № 51 (1). Режим доступа : <https://www.thieme-connect.com/products/all/home.html>.

# Приложение № 1. Особенности криминалистического исследования события ятрогенного преступления, совершаемого при оказании хирургической помощи детям

Криминалистическое исследование события ятрогенного преступления осуществляется на основании структурно-аналитической формулы: ЯтрПр→ [ Пц ∙ Сб ∙ (ПрОМП→ НрПрОМП→ЯтДф→ Ятр→НбИс) ∙ Мст ∙ Вр]↔ Обст.[[124]](#footnote-125)

* – заменяет значение союза “и”; → – знак, заменяющий слова “если ..., то”; ↔ – знак прямой и обратной связи; [ ] – скобки обозначают достаточность системы, как целостного явления действительности.

ЯтрПр - ятрогенное преступление.

Пц (пациент – жертва преступного посягательства): к криминалистически значимым физиологическим особенностям ребенка относятся: возраст, пол, антропометрические показатели, наследственность, нерациональное питание, морфофункциональная незрелость органов и систем, наличие сопутствующих заболеваний, патологическая форма иммуногенной реактивности организма, а также анатомо-топографические особенности, от которых зависит план и техника выполнения операции при одном и том же заболевании. Кроме того, многие хирургические заболевания встречаются преимущественно у детей, например, пороки развития органов и систем.

К психическим особенностям относятся: большая впечатлительность, психическая ранимость при неблагоприятных ситуациях, недостаточно критическое осмысление происходящего вокруг, тревожное ожидание пугающих ребенка тягостных лечебных или диагностических мероприятий, факт разлучения с родителями и так далее. У детей дошкольного и младшего школьного возраста нередко возникают навязчивые страхи: боязнь белых халатов, одиночества, страх боли, страх смерти. В связи с этим у таких детей часто развиваются вторичные невротические реакции (недержание мочи или кала, заикание, тики). Дети старшего возраста, особенно девочки, наиболее чувствительны и в первые дни пребывания в стационаре нередко замыкаются, «уходят в себя».

Важной особенностью является тот факт, что несовершеннолетний, как правило, затрудняется высказать свое отношение к причиненному ему вреду, лечащему врачу, объему и качеству оказанной медицинской помощи, к процессу лечения. Поведение больного до, во время и после лечения, осуществление самостоятельного лечения, соблюдение схемы лечения, диеты, условий реабилитации в большей степени зависят от родителей ребенка. Поэтому некоторые из вышеперечисленных особенностей должны быть спроецированы на законных представителей, которые могут оказывать влияние как на качество лечебно-диагностического процесса, так и на прогноз заболевания.

Сб (субъект – медицинский работник): при оказании хирургической помощи детям врач-хирург должен иметь высшее образование - специалитет по специальности «Педиатрия» или «Лечебное дело», диплом с присвоением квалификации «Врач» по направлению «Детская хирургия» и сертификат специалиста по специальности «Детская хирургия». Повышать квалификацию детский хирург должен не реже одного раза в пять лет в течение всей трудовой деятельности. Средний медицинский персонал для работы на отделении хирургического профиля должен иметь профессиональное образование по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело» и сертификат по специальности «Операционное дело» или «Сестринское дело в педиатрии». Квалификационную категорию медицинские работники получают путем прохождения добровольной аттестации. Однако при отсутствии квалификационной категории, каждый врач должен иметь достаточный уровень клинического мышления, возможность объективно оценить и логично осмыслить значение выявленных клинических данных для формулирования правильного диагноза, а также знать возможные последствия конкретных методов диагностики и лечения.

К физиологическим особенностям относится возраст - старение снижает активность мыслительных и моторных реакций; пол - женщины менее способны к обобщению, прогнозированию на отдаленный период; физическая выносливость - усталость увеличивает продолжительность выполнения мыслительных задач.[[125]](#footnote-126)

ПрОМП (процесс оказания медицинской помощи): особенностью врачебного процесса при оказании хирургической помощи является клиническое прогнозирование, то есть, предположение, о том, как будет развиваться заболевание, оценка риска вероятности возникновения осложнений, смерти больного или, наоборот, его выздоровления. В детской хирургии прогноз осуществляется на основании принадлежности пациента к одной из четырех групп: 1) дети, которые после операции будут полностью здоровыми; 2) пациенты с физическими или косметологическими дефектами; 3) больные с тяжелыми отклонениями, в том числе функциональными и психическими; 4) нежизнеспособные. Риск проведения анестезии и оперативного вмешательства должен быть определен врачом и отражен в медицинской документации: предоперационном эпикризе, карте анестезиологического обеспечения и протоколе оперативного вмешательства.

НрПрОМП (нарушение процесса оказания медицинской помощи): наиболее часто в хирургии встречаются нарушение техники выполнения операции, также возможно нарушение правил асептики и антисептики, санитарно-эпидемиологического режима.

ЯтДф (ятрогенный дефект, возникший в результате нарушения правил оказания медицинской помощи): как правило, при оказании хирургической помощи возникают повреждения механического характера. Возможно оставление инородного предмета в организме в связи с анатомическими особенностями, массивным интраоперационным кровотечением, а также дефицитом времени хирурга; передозировка может быть вызвана неправильной дозировкой лекарственных средств при анестезиологическом пособии, интраоперационной инфузионной терапии, лечении в послеоперационный период; заражение - при использовании нестерильных шприцев, хирургических инструментов, при переливании крови и ее препаратов, при пересадке органов и тканей; развитие патологических состояний возможно на фоне недостаточного, непоказанного, противопоказанного лечения или в связи с преждевременным (с клинической точки зрения) прекращением лечения: преждевременная выписка пациента из стационара, преждевременное прекращение врачебного наблюдения в амбулаторных условиях; нарушение восприятия может быть следствием ненадлежащего психического воздействия врача на пациента в результате информационного, гипнотического или психологического внушения.

Ятр (ятрогения – реакция организма на ятрогенный дефект): в хирургии, как правило, проявляются в виде ятрогенного синдрома, ятрогенного заболевания.

НбИс (неблагоприятный исход): смерть, вред здоровью

Мст (место совершения ятрогенного посягательства): район деятельности субъекта, оказывающему хирургическую помощь детям, могут быть: детская больница, специализированная детская больница, детская поликлиника. Местом совершения определенных криминалистически значимых действий, связанными с исполнением профессиональных обязанностей могут быть совершены в кабинете врача, палате, операционной, процедурной, перевязочной, а в некоторых экстренных случаях и вне района деятельности субъекта: машина скорой помощи, место жительства пациента и так далее. Нарушение правил (стандартов) оказания хирургической помощи, как правило, обнаруживаются на стадии лечения - во время оперативного вмешательства, которое проводится в операционной. Неблагоприятные последствия оказания хирургической помощи, как правило, носят очевидный характер, поэтому местом их обнаружения является стационар, где оказывалась медицинская помощь ребенку.

Вр (время совершения ятрогенного посягательства): время с момента обращения пациента к врачу за получением медицинской помощи и до наступления неблагоприятных последствий; время выполнения медицинского мероприятия, с которым связано возникновение дефекта медицинской помощи; время появления и выявление самим пациентом, либо его законным представителем симптомов возникновения ятрогении; время обнаружения врачом симптомов ятрогении; время, имевшееся у врача для выявления симптомов ятрогенного процесса и принятия решения о проведении соответствующего лечения по его пресечению и устранению последствий; время осуществления лечения и выполнения медицинских мероприятий по устранению ятрогенного дефекта и его последствий. Важно отметить, что ребенок, как правило не может самостоятельно заметить проявления ятрогении, таким образом время выявление симптомов зависит от его законных представителей.

Обст (обстановка): события, которые предшествовали преступлению, развивались вместе с ним, и которые последовали после его окончания, при этом они причинно связаны с ним или были им обусловлены. В то числе обстоятельства смягчающие, отягчающие вину или исключающие преступность деяния.

# Приложение № 2. Криминалистическое исследование события ятрогенного преступления, совершенного при оказании хирургической помощи ребенку

У ребенка Т. в год заметили деформацию грудной клетки, прогрессия соответствовала росту ребенка, наблюдался амбулаторно.

В 4,5 года был обследован в детской больнице. При поступлении: воронкообразная деформация грудной клетки на уровне от 3 ребра. Глубина деформации на выдохе около 4 см. Интраскопия: деформация грудины в сторону средостения. Индекс Баирова: 0.6 см. Поставлен дз: Воронкообразная деформация грудной клетки 3 ст. Консультирован кардиологом, дз: Системная дисплазия соединительной ткани (пролапс МК I ст., митральная R II ст., дилатация корня аорты, плоскостопие, нарушение осанки, воронкообразная деформация грудной клетки. Болезнь Марфана ?). На консилиуме, учитывая дз: Системная дисплазия соединительной ткани (Болезнь Марфана ?) рекомендовано оперативное лечение отложить на более поздний срок. Консультирован генетиком, дз: Синдром Марфана.

В 5 лет поступил в детскую больницу, где был осмотрен заведующим отделения. Интраскопия: на рентгенограмме грудной клетки в боковой проекции дугообразная деформация контуров грудины кнутри. Индекс Гижицкой-Баирова 0.6 соответствует деформации тяжелой степени. Рекомендовано готовить к оперативному лечению. Произведен клинический разбор, заключение: фактором риска является системная дисплазия соединительной ткани. Для этих больных характерна хрупкость сосудистой стенки, возможны спонтанные разрывы крупных артерий, внезапное повышение или падение артериального давления во время операции, летальная желудочковая аритмия. Следует учесть в анамнезе анафилактическую реакцию на линкомицин. С учетом тяжести и прогрессирования деформации показано оперативное вмешательство. На данный момент очевидных противопоказаний нет. Планируется малоинвазивное оперативное вмешательство – торакопластика по Нассу с введением корректирующей пластины за грудину с эндоскопическим ассистированием. Опыт предыдущих операций (более 20), прошедших без осложнений позволяют надеяться на положительный исход.
Во время проведения операции началось кровотечение из раны передней грудной стенки, был приглашен торакальный хирург. В связи с подозрением на повреждение крупных кровеносных сосудов, тампонады сердца ребенку произведена торакотомия и хирургическая ревизия повреждений. Выявлено нарушение сердечной деятельности, начат прямой массаж сердца. Кровотечение остановлено, проводилась переливание крови и кровезаменителей. Несмотря на проводимые реанимационные мероприятия, сердечная деятельность не восстановилась. Спустя 2 часа констатирована биологическая смерть.

Для анализа будет использована структурно-аналитичекая формула: ЯтрПр→ [ Пц ∙ Сб ∙ (ПрОМП→ НрПрОМП→ЯтДф→ Ятр→НбИс) ∙ Мст ∙ Вр]↔ Обст.[[126]](#footnote-127)

Жертва: факторы риска – возраст (5 лет, оптимальным возрастом для проведения хирургической коррекции деформации грудной клетки считается возраст 12-15 лет, что связано с морфофункциональным состоянием костей (относительная мягкость и эластичность), с повышенным риском развития осложнений развития легких и сердца, а также с повышенным процентом повторного послеоперационного развития деформации грудной клетки); наличие системной дисплазии соединительной ткани (для таких больных характерна хрупкость сосудистой стенки, возможны спонтанные разрывы крупных артерий, внезапное повышение или падение артериального давления во время операции, летальная желудочковая аритмия).

Субъект: в связи с отсутствием необходимой информации оценить профессиональные и индивидуальные качества сложно.

Характеристика физической деятельности медицинского работника при оказании медицинской помощи: на этапе диагностики была неправильно указана степень деформации грудной клетки, так как индекс Гижицкой-Баирова 0.6 соответствует деформации грудной клетки II ст., при которой отсутствуют функциональные и ортопедические показания к оперативному лечению; на этапе лечения: выбранное лечение не соответствует степени тяжести деформации грудной клетки, при проведении лечения возникло нарушение техники выполнения операции, так как был поврежден перикард, передняя стенка нижней полой вены, которые повлекли за собой острую кровопотерю.

Характеристика психической деятельности субъекта ятрогенного преступления: можно предположить, что хирург проявил самонадеянность, хотел признания профессионального мастерства.

Характеристика способа совершения и последствий ятрогенного преступления: неправильно расцененная степень тяжести патологии и нарушение техники оперативного вмешательства привели к причинению смерти.

Характеристика места, времени совершения и обстановки ятрогенного преступления: место – детская больница, время – впервые ребенок обратился в 4,5 года, а операция произведена через 6 месяцев. Во время операции врач осуществлял мероприятия по устранению ятрогенного дефекта: проводил прямой массаж сердца и осуществлял переливание крови и кровезаменителей, это способствовало остановке кровотечения, однако деятельность сердца не возобновилась.

# Приложение № 3. Краткая программа исследования процесса оказания хирургической помощи ребенку, имевшего неблагоприятные последствия (по Г. А. Густову)

1 . По качеству медицинских исследований :

зафиксированы ли жалобы ребенка и его законных представителей, достаточно ли они детализированы;

записан ли анамнез болезни, достаточно ли он уточнен;

записан ли анамнез жизни, достаточно ли он детализирован;

проводились ли физикальные исследования пациента, насколько подробно изложены результаты физикального исследования;

имеются ли данные о проведении консультаций врачей - специалистов, были ли они проведены своевременно.

2. По качеству лабораторных исследований :

были ли проведены необходимые лабораторные исследования;

проведены ли они в полном объеме и соблюдена ли их кратность.

3. По качеству инструментальных исследований :

были ли проведены необходимые инструментальные исследования;

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

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

4. По полноте диагноза :

имеется ли предварительный диагноз;

был ли пациенту поставлен клинический диагноз;

выделено ли основное заболевание, указаны ли его особенности, стадия и выраженность;

было ли выделено сопутствующее заболевание, указаны ли его особенности, стадия и выраженность;

выделены ли осложнения основного заболевания и причины их возникновения, указаны ли стадия и выраженность осложнения основного заболевания;

правильно ли проведено выделение основных и сопутствующих заболеваний.

5. По обоснованности диагноза:

обоснован ли диагноз: жалобами пациента и его законных представителей, данными субъективного и объективного исследования пациента, данными лабораторных исследований, данными инструментальных исследований, заключениями врачей-специалистов;

достаточно ли было полученных данных проведенных исследований и консультаций врачей-специалистов для постановки клинического диагноза;

проведена на дифференциальная диагностика со всеми возможными вариантами заболеваний;

правильно ли установлена причинно-следственная связь симптомов заболевания и их причиной;

проведен ли консилиум врачей в случае затруднения установления клинического диагноза.

6. По совпадению диагноза :

совпал ли клинический диагноз: а) с патолого-анатомическим диагнозом; б) с заключительным клиническим диагнозом;

имела ли место недооценка или неправильная оценка: а) жалоб больного; б) данных субъективного исследования; в) данных физикального исследования; г) лабораторных исследований; д) инструментальных исследований; е) заключений врачей - специалистов.

7. По качеству лечения :

было ли получено согласие законных представителей на оперативное вмешательство;

был ли оценен риск проведения оперативного вмешательства;

был ли оценен риск проведения анестезиологического пособия;

своевременно и в достаточном объеме была проведена предоперационная подготовка;

при проведении предоперационной подготовки были ли учтены сопутствующие заболевания и осложнения основного заболевания;

проводилась ли предоперационная подготовка необходимыми препаратами: а) в недостаточной терапевтической дозе; б) в токсической дозе;
правильно ли был выбран путь введения лекарственных препаратов для предоперационной подготовки;

имели ли место побочные действия лекарственных препаратов при проведении предоперационной подготовки;

было ли оперативное вмешательство показано пациенту;

при проведении оперативного вмешательства были ли учтены сопутствующие заболевания;

своевременно ли было проведено оперативное вмешательство;

в достаточном ли объеме проведено оперативное вмешательство;

имело ли место непоказанное оперативное вмешательство;

имело ли место противопоказанное оперативное вмешательство;

если было проведено оперативное вмешательство с нарушением технологии проведения, то способствовало ли оно ухудшению здоровья пациента;

при проведении оперативного вмешательства имелись ли осложнения и какова причина их возникновения;

проводилось ли лечение показанными лекарственными препаратами во время операции и в послеоперационном периоде;

проводилось ли лекарственное лечение во время операции и в послеоперационном периоде препаратами: а) в недостаточной терапевтической дозе; б) в недостаточной суточной дозе; в) в токсической дозе;

правильно ли был выбран путь введения лекарственных препаратов во время операции и в послеоперационном периоде;

имело ли место лечение непоказанными препаратами во время операции и в послеоперационном периоде;

имело ли место лечение противопоказанными препаратами во время операции и в послеоперационном периоде;

имела ли место полипрагмазия;

при проведении лекарственной терапии во время операции и в послеоперационном периоде были ли учтены сопутствующие заболевания и осложнения основного заболевания;

проводилось ли лечение во время операции и в послеоперационном периоде несовместимыми препаратами;

при назначении лекарственной терапии во время операции и в послеоперационном периоде были ли учтены рекомендации врачей - специалистов;

имели ли место побочные действия назначенных лекарственных препаратов во время операции и в послеоперационном периоде;

если было неправильно проведено лечение во время операции и в послеоперационном периоде, то способствовало ли оно ухудшению здоровья пациента;

правильно ли была назначена диета пациенту в послеоперационном периоде;

если была неправильно назначена диета в послеоперационном периоде, то способствовала ли она ухудшению здоровья пациента.

8. По качеству медицинской реабилитации :

проводилось ли необходимая реабилитация в послеоперационном периоде;

были ли использованы все необходимые методы реабилитации в послеоперационном периоде;

реабилитация была проведена: а) с недостаточной интенсивностью, б) с избыточной интенсивностью, в) с использованием противопоказанных методов;

проведенная реабилитация: а) могла способствовать ухудшению состояния здоровья пациента, б) способствовала ухудшению состояния здоровья пациента, в) была частично показана, г) была показана полностью.

9. По соблюдению правил преемственности :

была ли нарушена этапность в установленном порядке получения специализированной медицинской помощи;

соответствовало ли заболевание специализации ЛПУ;

не был ли больной передан на последующий этап: а) с опозданием, б) с недостаточным информационным сопровождением;

не был ли больной передан на этап медицинской помощи, где ему не мог быть обеспечен необходимый объем помощи.

10. Имело ли место нарушение правил оказания медицинской помощи, если да, то каких именно.

12. Имелся ли дефект оказания медицинской помощи, если да, то какой, на каком этапе врачебного процесса он мог возникнуть, что могло послужить причиной его возникновения; возник ли дефект вследствие допущенных нарушений правил оказания медицинской помощи медицинским работником.

13. Имелись ли нежелательные или неблагоприятные последствия медицинской помощи (ятрогении), чем могло быть обусловлено их развитие.

14. Что явилось непосредственной причиной наступления неблагоприятного исхода. Обусловлена ли непосредственная причина неблагоприятного исхода ятрогенией.

15. Имеется ли обоснование причинной связи между действиями медицинских работников по оказанию медицинской помощи и наступившим неблагоприятным исходом.

16. Содержится ли в информированном добровольном согласии информация о вероятном неблагоприятном исходе медицинского мероприятия, о возможном ином варианте лечения.

17. Имело ли место при оказании медицинской помощи отступление от требований нормативных стандартов выполнения медицинского мероприятия.

18. Имел ли право врач (ФИО) осуществлять оперативное вмешательство.

19. Какими документами регламентирована технология выполнения оперативного вмешательства, осуществленного в интересах пациента (ФИО). Кем она разработана, каков порядок ее применения в медицинской практике, был ли он соблюден.

Приведенный перечень может быть дополнен с учетом обстоятельств конкретной ятрогенной ситуации, материалов уголовного дела.

1. Детские болезни : учебник в 2 т. Т. 1 / под ред. И.Ю. Мельниковой. М., 2009. С.7. [↑](#footnote-ref-2)
2. Там же. С. 58. [↑](#footnote-ref-3)
3. Bumke O. Der Arzt als Ursache seelischer Störungen [Electronic resourse] // Dtsch. med. Wschr. 1925. № 51 (1). URL : https://www.thieme-connect.com/products/all/home.html (дата обращения: 01.03.21018). [↑](#footnote-ref-4)
4. Некачалов В. В. Ятрогения (Патология диагностики и лечения) : пособие для врачей. СПб., 1998. С. 11. [↑](#footnote-ref-5)
5. Дьяченко С. В., Авдеев А. И., Дьяченко В. Г. Экспертиза ятрогении : монография. Хабаровск. 2015. С. 6. [↑](#footnote-ref-6)
6. Международная классификация болезней 10 пересмотра [Электронный ресурс] : электронная версия МКБ-10. URL : <http://www.mkb10.ru> (дата обращения : 20.03.2018). [↑](#footnote-ref-7)
7. Золоев А. Г. Правовая оценка ятрогении // Российский юридический журнал. 2008. № 4. С. 193-196. [↑](#footnote-ref-8)
8. Сергеев Ю. Д., С. В. Ерофеев, В. А. Козырев Ненадлежащее оказание медицинской помощи: социально-правовые аспекты проблемы // Адвокат. 1999. № 7. С. 33-37. [↑](#footnote-ref-9)
9. Дьяченко С. В., Авдеев А. И., Дьяченко В. Г. Экспертиза ятрогении : монография. Хабаровск. 2015. С. 15. [↑](#footnote-ref-10)
10. Дьяченко С. В., Авдеев А. И., Дьяченко В. Г. Экспертиза ятрогении : монография. Хабаровск. 2015. С. 12. [↑](#footnote-ref-11)
11. Пристансков В. Д. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию : монография. СПб., 2005. С. 76. [↑](#footnote-ref-12)
12. Конституция Российской Федерации [Электронный ресурс] : принята всенародным голосованием 12 дек. 1993 г. // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2009. № 31. Ст. 4398. (с учетом поправок, внесенных Законами Российской Федерации о поправках к Конституции Российской Федерации от 30 дек. 2008 г. № 6-ФКЗ и от 30 дек. 2008 г. № 7-ФКЗ). Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс». [↑](#footnote-ref-13)
13. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ // Рос. газ. 2011. 23 нояб. (в ред. от 07 марта 2018.). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-14)
14. Хирургические болезни детского возраста : учебник в 2 т. Т. 1 / под ред. Ю. Ф. Исакова. М., 2004. С. 54. [↑](#footnote-ref-15)
15. Селезнев С. Б. Особенности общения медицинского персонала с больными различного профиля (по материалам лекций для студентов медицинских и социальных вузов). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 4. URL: http:// medpsy.ru (дата обращения: 10.03.21018). [↑](#footnote-ref-16)
16. Селезнев С. Б. Особенности общения медицинского персонала с больными различного профиля (по материалам лекций для студентов медицинских и социальных вузов). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 4. URL: http:// medpsy.ru (дата обращения: 10.03.21018). [↑](#footnote-ref-17)
17. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ // Рос. газ. 2011. 23 нояб. (в ред. от 07 марта 2018.). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-18)
18. Пристансков В. Д. Особенности расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи : учебное пособие. СПб., 2007. С. 34. [↑](#footnote-ref-19)
19. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ // Рос. газ. 2011. 23 нояб. (в ред. от 07 марта 2018.). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-20)
20. Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста [Электронный ресурс] : приказ Минздрава Рос. Федерации от 29 нояб. 2012 г. № 982н // Рос. газ. 2013. 12 апр. (в ред. от 10 февр. 2016.). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-21)
21. Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки [Электронный ресурс] : приказ Минздрава Рос. Федерации от 08 окт. 2015 г. № 707н // URL : <http://www.pravo.gov.ru>. (дата обращения 17.03.2018). [↑](#footnote-ref-22)
22. Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием [Электронный ресурс] : приказ Минздрава Рос. Федерации от 10 февр. 2016 г. № 83н // URL : <http://www.pravo.gov.ru>. (дата обращения 25.03.2018). [↑](#footnote-ref-23)
23. О Порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории [Электронный ресурс] : приказ Минздрава Рос. Федерации от 23 апр. 2013 г. № 240н // Рос. газ. 2013. 24 июл. Доступ из справ-правовой системы «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-24)
24. Тимофеев И. В., Леонтьев О. В. Медицинская ошибка. Медико-организационные и правовые аспекты. СПб., 2002. С. 17. [↑](#footnote-ref-25)
25. Шапошников А. В. Ятрогения. Терминологический анализ и конструирование понятий. Ростов-на-Дону, 1998. С. 108. [↑](#footnote-ref-26)
26. Пристансков В. Д. Особенности расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи : учебное пособие. СПб., 2007. С. 35. [↑](#footnote-ref-27)
27. Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению [Электронный ресурс] : приказ Минздрава Рос. Федерации от 15 дек. 2014 г. № 834н // URL : <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения 03.03.2018). [↑](#footnote-ref-28)
28. ГОСТ Р 52623.4 - 2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств. [Электронный ресурс] : приказ Росстандарта от 31 марта 2015 г. № 200-ст // Доступ из справ-правовой системы «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-29)
29. Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи [Электронный ресурс] : приказ Минздрава Рос. Федерации от 10 мая 2017 г. № 203н // URL : <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения 10.03.2018). [↑](#footnote-ref-30)
30. Ригельман Р. К. Как избежать врачебных ошибок : книга практикующего врача. М., 1994. С. 17. [↑](#footnote-ref-31)
31. Уголовный кодекс Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2014. № 31. Ст. 4398. (в ред. от 03 июля 2016.). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-32)
32. Долецкий С. Я. Ятрогения в хирургии детского возраста // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2014. № 4. С. 11-26. [↑](#footnote-ref-33)
33. Детская оперативная хирургия : практическое руководство / под ред. В. Д. Тихомировой. СПб., 2001. С. 26. [↑](#footnote-ref-34)
34. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ // Рос. газ. 2011. 23 нояб. (в ред. от 07 марта 2018.). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-35)
35. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ // Рос. газ. 2011. 23 нояб. (в ред. от 07 марта 2018.). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-36)
36. Восстановительная медицина : учебное пособие / под ред. В. Г. Лейзерман, О. В. Бугровой, С. И. Красикова. Ростов-на-Дону, 2008. С. 88. [↑](#footnote-ref-37)
37. Пристансков В. Д. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию : монография. СПб., 2005. С. 29. [↑](#footnote-ref-38)
38. Еникеев М. И. Общая и социальная психология : учебник. М. 1999. С. 10. [↑](#footnote-ref-39)
39. Шапошников А. В. Ятрогения. Терминологический анализ и конструирование понятий. Ростов-на-Дону, 1998. С. 100. [↑](#footnote-ref-40)
40. Пристансков В. Д. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию : монография. СПб., 2005. С. 80. [↑](#footnote-ref-41)
41. Пристансков В. Д. Ятрогенные преступления : понятия, подходы к исследованию: монография. СПб., 2005. С. 83. [↑](#footnote-ref-42)
42. Селезнев С. Б. Особенности общения медицинского персонала с больными различного профиля (по материалам лекций для студентов медицинских и социальных вузов). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. 2011. № 4. URL: http:// medpsy.ru (дата обращения: 20.03.21018). [↑](#footnote-ref-43)
43. Абаев Ю. К. Биоэтика и деонтология в педиатрии // Медицинские новости. 2006. №2. С. 66-73. [↑](#footnote-ref-44)
44. Селезнев С. Б. Особенности общения медицинского персонала с больными различного профиля (по материалам лекций для студентов медицинских и социальных вузов). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 4. URL: http:// medpsy.ru (дата обращения: 20.03.21018). [↑](#footnote-ref-45)
45. Тузлукова М. В. Использование специальных знаний при расследовании ятрогенных преступлений : дис. ... канд.юрид. наук / М. В. Тузлукова. Казань, 2015. С. 38. [↑](#footnote-ref-46)
46. Пристансков В. Д. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию : монография. СПб., 2005. С. 90. [↑](#footnote-ref-47)
47. Пристансков В. Д. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию : монография. СПб., 2005. С. 146-157. [↑](#footnote-ref-48)
48. 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. С. 15-16. [↑](#footnote-ref-49)
49. Пристансков В. Д. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию : монография. СПб., 2005. С. 91-92. [↑](#footnote-ref-50)
50. Пристансков В. Д. Теоретические и методологические проблемы расследования ятрогенных преступлений : автореф. дис. ... канд.юрид. наук / В. Д. Пристансков. СПб., 2000. С. 14. [↑](#footnote-ref-51)
51. Пристансков В. Д. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию : монография. СПб., 2006. С. 59. [↑](#footnote-ref-52)
52. Об утверждении номенклатуры медицинских организаций [Электронный ресурс] : приказ Минздрава Рос. Федерации от 06 авг. 2013 г. № 529н // Рос. газ. 2013. 07 окт. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-53)
53. О лицензировании отдельных видов деятельности [Электронный ресурс] : федер. закон от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ // Рос. газ. 2011. 06 май. (в ред. от 31 дек. 2017.). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-54)
54. Тузлукова М. В. Использование специальных знаний при расследовании ятрогенных преступлений : дис. ... канд.юрид. наук / М. В. Тузлукова. Казань, 2015. С. 47. [↑](#footnote-ref-55)
55. Пристансков В. Д. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию : монография. СПб., 2006. С. 55-56. [↑](#footnote-ref-56)
56. Пристансков В. Д. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию : монография. СПб., 2006. С. 56. [↑](#footnote-ref-57)
57. Уголовный кодекс Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2014. № 31. Ст. 4398. (в ред. от 03 июля 2016.). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-58)
58. Пристансков В. Д. Криминалистическая теория расследования ятръогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи : монография. СПб., 2007. С. 58. [↑](#footnote-ref-59)
59. Хирургические болезни детского возраста : учебник в 2 т. Т. 1 / под ред. Ю. Ф. Исакова. М., 2004. С. 54. [↑](#footnote-ref-60)
60. Детская хирургия. Национальное руководство / под ред. А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. М., 2016. С. 53. [↑](#footnote-ref-61)
61. Гезгиева Р. К. Прогнозирование развития печного процесса в абдоминальной хирургии : автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Р. К. Гезгиева. Ставрополь, 2007. С. 21. [↑](#footnote-ref-62)
62. Детская хирургия. Национальное руководство / под ред. А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. М., 2016. С. 54. [↑](#footnote-ref-63)
63. Калиткин К. Н. Психотерапия в хирургии : практическое руководство для врачей. Ташкент, 1965. С. 41-42. [↑](#footnote-ref-64)
64. Детская хирургия : национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. М., 2009. С. 212. [↑](#footnote-ref-65)
65. Хирургическая гастроэнтерология детского возраста : руководство для врачей / под ред. В. В. Подкаменева. М., 2012. С. 445. [↑](#footnote-ref-66)
66. Детская оперативная хирургия : практическое руководство / под ред. В. Д. Тихомировой. СПб., 2001. С. 412. [↑](#footnote-ref-67)
67. Там же. С. 15. [↑](#footnote-ref-68)
68. Пристансков В. Д. Особенности расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи : учебное пособие. СПб., 2007. С. 35. [↑](#footnote-ref-69)
69. Критерии выбора вида оперативного вмешательства и прогнозирование послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии: методические рекомендации. Рязань, 1997. С. 3. [↑](#footnote-ref-70)
70. Унгурян В. М. Манипуляционные ятрогения в абдоминальной хирургии. СПб., 2015. С. 56. [↑](#footnote-ref-71)
71. Детская оперативная хирургия : практическое руководство / под ред. В. Д. Тихомировой. СПб., 2001. С. 26. [↑](#footnote-ref-72)
72. Хирургическая гастроэнтерология детского возраста : руководство для врачей / под ред. В. В. Подкаменева. М., 2012. С. 429. [↑](#footnote-ref-73)
73. Детская оперативная хирургия : практическое руководство / под ред. В. Д. Тихомировой. СПб., 2001. С. 14-15. [↑](#footnote-ref-74)
74. Хирургическая гастроэнтерология детского возраста : руководство для врачей / под ред. В. В. Подкаменева. М., 2012. С. 429. [↑](#footnote-ref-75)
75. Сетяева Н. Н. Основы физической реабилитации : учебное пособие. Сургут, 2014. С.10. [↑](#footnote-ref-76)
76. Пристансков В. Д. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию : монография. СПб., 2005. С. 146. [↑](#footnote-ref-77)
77. Унгурян В. М. Манипуляционные ятрогения в абдоминальной хирургии. СПб., 2015. С. 43-44. [↑](#footnote-ref-78)
78. Харкевич Д. А. Фармакология : учебник. М., 2010. С. 88. [↑](#footnote-ref-79)
79. Инфекционные болезни у детей : учебник / под ред. В. Н. Тимченко. СПб., 2012. С. 15. [↑](#footnote-ref-80)
80. Пристансков В. Д. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию : монография. СПб., 2005. С. 153. [↑](#footnote-ref-81)
81. Там же. С. 152. [↑](#footnote-ref-82)
82. Карвасарский Б. Д. Психотерапия : учебник. СПб., 2002. С. 332. [↑](#footnote-ref-83)
83. Пристансков В. Д. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию : монография. СПб., 2005. С. 157. [↑](#footnote-ref-84)
84. 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. С. 17. [↑](#footnote-ref-85)
85. Пристансков В. Д. Судебно-медицинская экспертиза качества оказания медицинской помощи: организационно-тактические особенности назначения // Сибирские уголовно-процессуальные и криминалистические чтения. 2012. №1. С. 262-268. [↑](#footnote-ref-86)
86. Варламова Е. А., Пристансков В. Д. Проблема определения причинно-следственной связи по уголовным делам о ятрогенных преступлениях // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. 2015. № 1(3). С. 74-78. [↑](#footnote-ref-87)
87. Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека [Электронный ресурс] : постановление Правительства Рос. Федерации от 17 авг. 2007 г. № 522 // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2007. № 35. Ст. 4308. (в ред. от 17 нояб. 2011.). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-88)
88. Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека [Электронный ресурс] : приказ Минздрава Рос. Федерации от 24 апр. 2008 г. № 194н // Рос. газ. 2008. 05 сент. (в ред. от 18 янв. 2012.). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-89)
89. 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. С. 15. [↑](#footnote-ref-90)
90. Эксархопуло А. А. Специальные познания и их применение в исследовании материалов уголовного дела. СПб., 2005. С. 152. [↑](#footnote-ref-91)
91. Пристансков В. Д. Особенности расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи : учебное пособие. СПб., 2007. С. 30. [↑](#footnote-ref-92)
92. Пристансков В. Д. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию : монография. СПб., 2006. С. 207-208. [↑](#footnote-ref-93)
93. Там же. С. 208. [↑](#footnote-ref-94)
94. Настольная книга следователя / отв. ред. О. Н. Коршунова, В. С. Шадрин. СПб., 2008. С. 150. [↑](#footnote-ref-95)
95. Перечень форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения [Электронный ресурс] : приказ Минздрава СССР от 04 окт. 1980 г. № 1030 // Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-96)
96. Курс криминалистики : в 3 т. Т. 2. Криминалистическая методика: Методика расследования преступлений против личности, общественной безопасности и общественного порядка / под ред. О. Н. Коршуновой, А. А. Степанова. СПб., 2004. С. 598-631. [↑](#footnote-ref-97)
97. Кошелева И. С. Медицинская документация как объект исследования при расследовании уголовных дел в отношении медицинских работников // Российский следователь. 2010. № 4. С. 6. [↑](#footnote-ref-98)
98. Пристансков В. Д. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию : монография. СПб., 2006. С. 210. [↑](#footnote-ref-99)
99. Данилова Н. А. Использование специальных знаний в уголовном судопроизводстве: монография / Н. А. Данилова [и др.]. СПб., 2005. С. 144-146. [↑](#footnote-ref-100)
100. Пристансков В. Д. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию : монография. СПб., 2006. С. 211. [↑](#footnote-ref-101)
101. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 18 дек. 2001 г. № 174-ФЗ // Рос. газ. 2001. 22 дек. (в ред. от 19 февр. 2018.). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-102)
102. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 18 дек. 2001 г. № 174-ФЗ // Рос. газ. 2001. 22 дек. (в ред. от 19 февр. 2018.). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-103)
103. Там же. [↑](#footnote-ref-104)
104. О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2001. № 23. Ст. 2291. (в ред. от 08 марта 2015.). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-105)
105. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 18 дек. 2001 г. № 174-ФЗ // Рос. газ. 2001. 22 дек. (в ред. от 19 февр. 2018.). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-106)
106. Там же. [↑](#footnote-ref-107)
107. Пристансков В. Д. Судебно-медицинская экспертиза качества оказания медицинской помощи: организационно-тактические особенности назначения // Сибирские уголовно-процессуальные и криминалистические чтения. 2012. №1. С. 268. [↑](#footnote-ref-108)
108. 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. С. 3. [↑](#footnote-ref-109)
109. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 18 дек. 2001 г. № 174-ФЗ // Рос. газ. 2001. 22 дек. (в ред. от 19 февр. 2018.). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-110)
110. Тузлукова М. В. Использование специальных знаний при расследовании ятрогенных преступлений : дис. ... канд.юрид. наук / М. В. Тузлукова. Казань, 2015. С. 163. [↑](#footnote-ref-111)
111. Унгурян В. М. Манипуляционные ятрогения в абдоминальной хирургии. СПб., 2015. С. 14. [↑](#footnote-ref-112)
112. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ // Рос. газ. 2011. 23 нояб. (в ред. от 07 марта 2018.). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-113)
113. Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи [Электронный ресурс] : приказ Минздрава Рос. Федерации от 10 мая 2017 г. № 203н // URL : http://www.pravo.gov.ru. [↑](#footnote-ref-114)
114. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 18 дек. 2001 г. № 174-ФЗ // Рос. газ. 2001. 22 дек. (в ред. от 19 февр. 2018.). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-115)
115. Пристансков В. Д. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию : монография. СПб., 2005. С. 244. [↑](#footnote-ref-116)
116. Сучков А. В. Проблемы назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз при расследовании профессиональных преступлений, совершённых медицинскими работниками // Вятский медицинский вестник. 2009. №2-4. С. 85. [↑](#footnote-ref-117)
117. Пристансков В. Д. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию : монография. СПб., 2005. С. 234-235. [↑](#footnote-ref-118)
118. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 18 дек. 2001 г. № 174-ФЗ // Рос. газ. 2001. 22 дек. (в ред. от 19 февр. 2018.). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-119)
119. Орлов Ю. К. Современные проблемы доказывания и использования специальных знаний в уголовном судопроизводстве : научно-учебное пособие. М., 2016. C. 177. [↑](#footnote-ref-120)
120. Пристансков В. Д. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию : монография. СПб., 2005. С. 238. [↑](#footnote-ref-121)
121. Вермель И. Г. Вопросы логики в судебно-медицинских заключениях: По делам о правильности действий медицинских работников. М., 1974. С. 5. [↑](#footnote-ref-122)
122. Вермель И. Г. Вопросы логики в судебно-медицинских заключениях: По делам о правильности действий медицинских работников. М., 1974. С. 12. [↑](#footnote-ref-123)
123. Пристансков В. Д. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию : монография. СПб., 2005. С. 244. [↑](#footnote-ref-124)
124. Пристансков В. Д. Особенности расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи : учебное пособие. СПб., 2007. С. 33. [↑](#footnote-ref-125)
125. Шапошников А. В. Ятрогения. Терминологический анализ и конструирование понятий. Ростов-на-Дону, 1998. С. 108. [↑](#footnote-ref-126)
126. Пристансков В. Д. Особенности расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи : учебное пособие. СПб., 2007. С. 33. [↑](#footnote-ref-127)