Санкт-Петербургский государственный университет

Кафедра уголовного процесса и криминалистики

**Особенности расследования неосторожных преступлений, совершенных при родовспоможении**

Выпускная квалификационная работа

студентки 2 курса магистратуры

по профилю «Медицинское право»

Патваканян Владиславы Олеговны

Научный руководитель:

доцент, кандидат юридических наук

Пристансков Владимир Дмитриевич

Санкт-Петербург

2018 год

**Содержание**

Введение.................................................................................................................. 3

I. Криминалистическая характеристика неосторожного преступления, совершенного при родовспоможении

§1. Субъект………………………………………………………………………..6

§2. Жертва (пациент)…………………………………………………………….8

§3. Процесс оказания медицинской помощи…………………………………. 10

§4. Факты последствия………………………………………………………… 17

§5. Время и место оказания медицинской помощи…………………………. 18

§6. Обстановка………………………………………………………………… 19

II. Особенности расследования неосторожных преступлений, совершенных при родовспоможении

§1. Особенности предварительной проверки…………………………………. 22

§2. Особенности предварительного расследования неосторожных преступлений, совершенных при родовспоможении ………………………… 23

III. Использование специальных медицинских знаний при расследовании неосторожных преступлений, совершенных при родовспоможении

§ 1. Привлечение специалиста к проведению следственных действий и получение его заключения ……………………………………………………… 45

§ 2. Судебно-медицинская экспертиза и оценка выводов эксперта……………51

Заключение……………………………………………………………………….. 61

Список литературы

Приложение №1

Приложение №2

**Введение**

В настоящее время Российская Федерация находится в процессе ликвидации последствий тотального снижения демографического показателя, перешедших еще с XX века.

Однако такое прекрасное событие, как появление новой жизни на свет, может быть омрачено наступлением негативных последствий. Здоровье женщин и новорожденных подлежит особой охране со стороны государства, поскольку это напрямую связано с жизнеспособность граждан Российской Федерации и определением демографической политики страны.

Акушерство, будучи одной из самых древних областей медицины, динамично развивается, при этом опираясь на достижения науки в области современных технологий. Оказание полноценной помощи беременной, роженице и родильнице требует от врача безупречного клинического мышления, умения анализировать факты, выявлять их взаимосвязь, интерпретировать их с необходимой долей осторожности и достаточной степенью смелости. Профессия акушера требует глубоких познаний в различных областях медицины. Как верно отметил Э.К. Айламазян, «акушер является единственным врачом от которого зависит жизнь сразу двух пациентов, поэтому главный принцип медицины – «не навреди» - особенно актуален именно в этой профессии» [[1]](#footnote-1).

При расследовании неосторожных преступлений, совершенных при родовспоможении следует руководствоваться правилами (стандартами), которые закреплены в виде нормативно-правовых актов. Однако стоит учитывать и тот факт, что данные содержимое подобных стандартов не носит исчерпывающий характер.

При этом судебное разбирательство по данным случаям всегда сопровождается особым психологическим состоянием потерпевших, а также грузом ответственности самих медицинских работников, которые в ответе не только за беременную, но и за новую жизнь.

И хотя роды издревле считаются естественным процессом, с которым женщина должна справляться сама, оказание адекватной медицинской помощи является основным необходимым условием для предотвращения наступления неблагоприятных последствий.

Актуальность работы определяется двумя аспектами. Во-первых, согласно статистическим данным оказание ненадлежащей медицинской помощи при родовспоможении занимает одну из лидирующих позиций среди неосторожных ятрогенных преступлений. Акушерско-гинекологическая область оказания медицинской помощи является одной из самых потенциально опасных по частоте возникновения неблагоприятных последствий, уступая лишь хирургии[[2]](#footnote-2). Во-вторых, расследование неосторожных преступлений, совершенных при родовспоможении осложняется спецификой и сложность врачебного процесса при ведении беременности и родов.

Основные цели и задачи исследования заключаются в изучении криминалистической характеристики неосторожных преступлений, совершенных при родовспоможении, изучение и анализ следственных действий, составляющих основу расследования неосторожных преступлений, совершенных при родовспоможении, а также анализ применения и использования специальных медицинских знаний при формировании доказательственной базы при расследовании неосторожных преступлений, совершенных при родовспоможении.

Методологической основой исследования При методологической основе исследования был использован диалектический метод, который является общенаучным методом познания разного рода событий, процессов и явлений в их взаимоотношениях. Кроме того, в ходе выполнения работы были использованы методы индукции, дедукции, моделирования, анализа, синтеза, обобщения, а также формально-юридический, сравнительно-правовой и иные методы.

В первой главе автор рассматривает криминалистическую характеристику неосторожного преступления, совершенного при родовспоможении. Во второй главе автор раскрывает сущность основных следственных действий производимых при расследовании ятрогенных преступлений, совершенных при родовспоможении, а также предлагает примерную методику их проведения. В третьей главе автор рассматривает сущность использования специальных медицинских знаний при расследовании ятрогенных преступлений, а также анализирует использование итогов применения специальных знаний при расследовании неосторожных преступлений, совершенных при родовспоможении.

В заключении делаются выводы исследования и предлагаются конкретные пути решения имеющихся проблем. К работе прилагается таблица сводная таблица анализа судебно-медицинских экспертиз в области акушерства и гинекологии, а также программа установления элементов преступления.

1. **Криминалистическая характеристика неосторожного преступления, совершенного при родовспоможении**

Неосторожное ятрогенное преступление – это достаточно сложное по своему составу событие. Для определения полной криминалистической характеристики принято выделять несколько элементов, который впоследствии складываются в структурную формулу.

Формула ятрогенного преступления отражается в следующем виде:

**Преступная Ятрогения→ [ Субъект (медицинский работник) ∙ Пациент ∙ Врачебный Процесс ∙ (Нарушение Правил оказания МП→ Ятрогенный Дефект → Ятрогения → Неблагоприятных исход) ∙ Место ∙ Время]↔ Обстановка[[3]](#footnote-3)**

**§ 1. Субъект**

Первым элементом криминалистической формулы ятрогенного преступления является *субъект.*

Субъектом неосторожного преступления, совершенного при родовспоможении, безусловно, считается медицинский работник. В отношении родовспомогательной деятельности на этапе амбулаторного ведения беременности субъектами выступают врач акушер-гинеколог, средний медицинский персонал в лице акушера-гинеколога (акушерка), а также различного рода специалисты, которых необходимо посетить беременным женщинам на этапе сбора полного анамнеза, например, врач-лаборант, терапевт, врач-узист, стоматолог, венеролог, и иные узкие специалисты. При наличии показаний проводят медико-генетическое консультирование[[4]](#footnote-4). При поступлении беременной женщины в дневной стационар с ней продолжают работать врач-акушер гинеколог, врач-лаборант, акушеры, процедурные медицинские сестры. Следующий этап – родильный дом (стационар). На данном этапе в роли субъектов выступают врач акушер-гинеколог, врач анестезиолог-реаниматолог и педиатр-неонатолог, а также средний медицинский персонал акушер-гинеколог, процедурная медицинская сестра и младшие медицинские работники - санитары. В случае проведения кесарева сечения в операционной палате должна присутствовать бригада медиков, в которую входит врач акушер-гинеколог, акушерка, медицинская операционная сестра, анестезиолог, сестра-анестезистка и педиатр-неонатолог.

При составлении криминалистической характеристика субъекта прежде всего следует руководствоваться его профессиональными и индивидуальными качествами[[5]](#footnote-5). Прежде всего для определения критерия «неосторожности» необходимо учитывать следующие факторы: медицинское образование, специализация, квалификация, а также профессиональные навыки и опыт.

Для анализа личности субъекта необходимо собрать полную и достоверную информацию о нём. Прежде всего необходимо изучить документы, которое подтверждают получение лицом должного образования, прохождение переаттестаций, получение категорий и вид специализации, а также получить трудовую книжку, для подтверждения факта трудоустройства. Помимо вышеуказанных фактов необходимо ознакомиться с должностными инструкциями и рекомендациями для того, чтобы установить пределы профессиональной компетенции субъекта. Сбор подобной информации позволит получить более полную характеристику субъекта и в дальнейшем сделать вывод о надлежащем или ненадлежащем исполнении им своих профессиональных обязанностей.

Как указывалось ранее, помимо профессиональных характеристик личности должны учитываться его индивидуальные качества. Прежде всего это отношение субъекта к профессии, внимательность в оказании медицинской помощи и заполнении медицинской документации; склонность к употреблению алкоголя как на рабочем месте, так и за его пределами, а также к употреблению запрещенных препаратов; устойчивость с стрессовым состояниям, а также возрастные показатели субъекта (например, в силу возраста пожилые люди склонны быстрому наступлению усталости).

Отдельно должно быть установлено соблюдение норм медицинской этики и деонтологии, то есть правила взаимодействия медицинского работника с коллегами и пациентами. К сожалению, всё чаще можно услышать о грубом отношении медицинского персонала к пациентам.

Таким образом, результат сбора полной характеристики личности субъекта должен помочь правоохранительным органам в установлении факта совершения неосторожного преступления.

**§ 2. Жертва (пациент)**

Жертвой, в рассматриваемых ятрогенных преступлениях обозначается *пациент*. Пациент – это лицо, которое обратилось в медицинское учреждение за медицинской помощью. В отношении родовспоможения это женщина, которая находится в состоянии беременности.

Пациент наряду с медицинскими работниками является активным участником взаимодействия во врачебном процессе. Следовательно, криминалистическая характеристика пациента также имеет важное значение, так как его поведение на всех стадиях врачебного процесса и его индивидуальные характеристики влияют на сам врачебный процесс.

В данном случае все пациенты обладают физиологическими особенностями, то есть находятся в состоянии беременности или уже непосредственно в процессе родов[[6]](#footnote-6). Подобные физиологические особенности относятся к факторам, которые относят пациента к группе риска.

Группа риска – это основополагающий критерий криминалистической характеристики жертвы. Группами риска называют группы населения в большей степени, чем другие, предрасположенные к различным заболеваниям[[7]](#footnote-7). К критериям для определения группы риска относят пол, возраст, наличие заболеваний (генетических, хронических), наличие аллергий, наследственность (то есть предрасположенность к заболеваниям), приём более четырёх лекарственных препаратов, а также образ жизни пациента (наличие ожирения, отсутствие спортивных нагрузок, употребление алкоголя, табачных изделий и наркотических средств). Также учитываются поведенческие особенности и осуществление пациентом самолечения. Например, имея повышенный гормональный фон беременные женщины проявляют излишнее недоверие к врачам, считая, что рекомендованное лечение или процедура может повредить будущему ребенку, самовольно отказываются принимать лекарственные препараты, а также редко приходят на контроль врача.

Для установления большинства критерий из группы риска медицинскому работнику достаточно провести опрос пациента, задав необходимые вопросы. Однако стоит иметь в виду, что о некоторых аспектах пациент может не знать или умышленно умолчать.

В отношении беременных женщин и женщин, которые находятся в процессе родов, выделяют особые критерии для отнесения: возраст (будущая первородящая моложе 18 лет или старше 30 лет)[[8]](#footnote-8); условия труда и быта; наличие большого количества предыдущих беременностей; многоплодная беременность; наличие предыдущих беременностей с осложнениями; соматические и инфекционные заболевания (инфекции мочеполовой системы, несовместимый резус-фактор, краснуха и пр.), заболевания половых органов (воспалительные процессы, операции на матке, наличие маточных труб); физиологические особенности женщины (узкий таз, деформации и пр.); материальное положение.

Для женщин, которые находятся в группе риска, необходим строгий контроль. Поэтому им необходимо в несколько раз чаще посещать врача-гинеколога, таким беременным назначаются дополнительные медицинские процедуры и обследования, а также в особых случаях госпитализируют в стационар на сохранение беременности.

**§3. Процесс оказания медицинской помощи**

Процесс оказания медицинской помощи (врачебный процесс) – это процесс, при котором происходит взаимодействие врача и пациента. Для изучения врачебного процесса, который привёл к ятрогенным дефектам, необходимо изучить каждую стадию (этап) отдельно.

Процесс оказания медицинской помощи беременных и роженицам имеет отличительные этапы.

Первый этап – амбулаторное ведение беременности. На данном этапе женщина в первые обращается в медицинское учреждение по поводу беременности. Врач-гинеколог на данном этапе обязан собрать общий и акушерско-гинекологический анамнез, при это обращая внимание на критерии группы риска. Помимо сбора анамнеза женщины проводится сбор анамнеза отца ребенка, в ходе которого оценивается его состояние здоровья, выясняется группа крови и резус-фактор, его индивидуальные характеристики ( профессия, образ жизни, материальное положение). Данные об отце ребенка заносятся в амбулаторную карту беременной в специальную графу. Однако, вместе с беременной могут проживать и иные члены семьи, и потому необходимо спрашивать об их состоянии здоровья и образе жизни (туберкулез, венерические заболевания, алкоголизм и т.п.)

При первичном осмотре беременной оценивают её общее физическое состояние измеряют рост, вес, артериальное давление, оценивают состояние молочных желез и кожных покровов, прослушивают тоны сердца, а также определяют размеры таза, срок беременности и назначают дату предполагаемых родов. На данном этапе акушер-гинеколог направляет беременную на необходимые лабораторные исследования, а также выдают направления к специалистам других направлений (терапевт, стоматолог и пр.)[[9]](#footnote-9). При этом важно учесть, что первичный осмотр у врачей иных специальностей недопустим без выписки из амбулаторной карты беременной.

Далее в течении амбулаторного ведения беременности проводят акушерское обследование, как внутреннее, так и внешнее. Во внешнее акушерское обследование входит: осмотр, измерение окружности живота, пальпация, аускультация (аускультация – это выслушивание сердцебиения плода, которое производят акушерским стетоскопом, начиная со второй половины беременности). Под внутренним акушерским обследование понимается осмотр наружных половых органов, измерения состояния матки, влагалищный осмотр с помощью медицинских инструментов, измеряют окружность живота, определяют предлежание плода и его позицию.

Безусловно, самое важное – это диагностика самого факта беременности. Построить предположение о наличии беременности может практически любой врач специалист, однако, для постановки окончательных выводов необходимо консультирование врача акушера-гинеколога или акушера-гинеколога. При раннем определении беременности для врачей существует ряд преимуществ для разрешения возможных критических ситуаций. Например, возможна ранняя профилактика сосудистых нарушений, что позволяет снизить риски развития гестоза и других осложнений; возможно ранее диагностирование показаний к прерыванию беременности, в виду состояния здоровья пациента, при этом возникает больше шансов сохранить репродуктивную функцию женщины[[10]](#footnote-10).

По результатам лабораторных обследований составляется полный анамнез и производится оценка факторов риска (клинический и биохимический анализ крови, химический анализ мочи, исследование гормонального профиля, инфекционный и пренатальный скрининг).

Женщина, не имеющая каких-либо отклонений по состоянию здоровья должна посещать акушера-гинеколога/врача-гинеколога по установленному графику, выраженному в неделях беременности[[11]](#footnote-11). При этом на каждом посещении назначение свой набор необходимых лабораторных и диагностических обследований. Основным диагностическим обследованием является УЗИ, на котором помимо патологий плода, определяют состояние плаценты и околоплодных вод. Количество назначаемых УЗИ зависит от состоянии матери и протекания беременности.

Этап амбулаторного ведения беременности включает в себя диагностирование, обследование и лечение. На данном этапе совершается достаточной большой процент нарушений, которые в последствии приводят к нежелательным итогам.

Пациентка Б., наблюдаясь в женской консультации, на сроке 14-15 недель была отнесена к группе риска с угрозой самопроизвольного выкидыша. На сроке 20 недель перенесла респираторное вирусное заболевание, имеет диагноз «хронический бронхит». На протяжении всей беременности неоднократно переносила заболевание мочеполовой системы, вследствие чего был выставлен диагноз «хронический цистит». На сроке 32 недели в ходе проведения УЗИ было диагностировано отклонение со стороны плаценты и плода. Последний раз на приёме была на сроке 37 недель, в индивидуальной карте беременной имеется запись об отсутствии патологий. На сроке 38 недель поступила с необходимой документацией в роддом. Роды протекали без осложнений и без оперативного вмешательства. Однако ребёнок родился в крайне тяжелом состоянии, перворожденных криков не издавал, на свет не реагировал, вследствие чего было принято решение об оказании экстренной медицинской помощи. Новорожденному были выставлены следующие диагнозы: пневмония, нервно-церебральная недостаточность, асфиксия тяжёлой степени, острый конъюнктивит.

В ходе исследования обстоятельств ятрогенного события установлено следующее.

Пациентка Б. относилась к группе риска. Медицинскую помощь Б. оказывали на амбулаторном этапе: врач-акушер-гинеколог, акушер-гинеколог, терапевт. Со стороны каждого из причисленных медицинских работников имеется ряд нарушений. Прежде всего в медицинской документации, которая ведется в женской консультации, отсутствует запись о выставленном терапевтом диагнозе «хронический бронхит», анализы прикреплены не в хронологическом порядке, отсутствует оценка рисков и терапевтические отметки. Заполнение медицинской документации входит в обязанности как врача-акушера-гинеколога, так и акушера-гинеколога.

Во время беременности пациентка Б. перенесла заболевания мочеполовой системы и респираторное вирусное заболевание, следовательно ей должно было быть назначено медикаментозное лечение для устранения инфекционных процессов. Однако позже результаты УЗИ показали отклонения с стороны плода и плацента, что свидетельствует о продолжающемся инфекционном процессе в утробе матери. Имея анамнез пациентки, а также результаты анализов и УЗИ ей должно было быть назначено лечение, после полученного лечения в индивидуальной карте должна быть пометка «соответствующее заболевание пролечено», однако данная запись отсутствует. Также имеется несоблюдение сроков проведения скрининговых обследований.

Результатом отсутствия лечения инфекций, а также нарушений ведения медицинской документации является инфицирование плаценты и развитие инфекционных заболеваний у плода.

Второй этап – стационарный. Данный этап помимо обычных стационаров (роддомов) также осуществляется в отделениях патологии беременности при наличии акушерских осложнений и специализированных отделениях при соматических заболеваниях[[12]](#footnote-12). Стационарный этап подразделяется на периоды – дородовый, родовой и послеродовой периоды. На этом этапе на всех периодах очень важно соблюдать санитарно-эпидемиологические нормы. В дородовый период поступившая пациентка обязательно должна пройти санитарную обработку; одновременно с проведением санитарных процедур производится определение отделения, в котором роды будут приниматься, производиться осмотр пациентки, изучаются документы (индивидуальная карта беременной, обменная карта).

Пациентка А. Наблюдалась в женской консультации, где своевременно и полно производились все необходимые обследования, процедуры и анализы. Никаких осложнений и отклонений со стороны плода и плаценты не было выявлено, угрозы наступления во время родов таких последствий как рождение мёртвого ребёнка, разрыв матки и её последующей экстирпации специалисты женской консультации не констатировали. На сроке 34 недели у пациентки А. Начались схватки, после чего А. поступила в роддом. При поступлении в приёмном отделении был поставлен диагноз «вторичная слабость родовой деятельности, рубец на матке». Пациентка сообщила врачам о времени начала схваток, информировали о сложности ситуации с учётом рубца на матке и необходимости в проведении кесарева сечения. Однако сведения, полученные от пациентки, а также рекомендации врача-гинеколога, зафиксированные в индивидуальной карте, остались без внимания. Операция кесарево сечение была начата спустя 17 часов после начала схваток. В ходе операции произошёл разрыв матки по старому рубцу, во время операции врачом было допущено ранение левого мочеточника. Во время операции был извлечён мёртвый плод. Патологоанатомом установлено, что плод погиб интранатально от асфиксии, обусловленной патологией родового акта.

В ходе исследования обстоятельств ятрогенного события установлено следующее.

Пациентка А. относилась к группе риска: беременность 7-я; раннее проведение операций кесарева сечения; наличие пяти медикаментозных абортов, показанных после нескольких оперативных родов; наличие уреаплазменной инфекции; хроническая никотиновая интоксикация; беременность протекла на фоне угрозы прерывания.

Производя анализ действий медицинских работников роддом можно сделать вывод о допущении следующих дефектов оказания медицинской помощи в дородовый период: *1.* не полно собран анамнез при поступлении в родильное отделение у пациентки с предшествующим кесаревым сечением (рубец на матке) при наличии преждевременных родов (34 недели); *2*. не проведен коллегиальный осмотр беременной лечащим врачом и заведующим отделением для выработки адекватной тактики ведения родов; *3.* с запозданием принято решение об оперативном родоразрешении при наличии у пациентки объективных признаков в виде слабости родовой деятельности. Кроме того имеются дефекты ведения медицинской документации: 1. информированное добровольное согласие на проведение кесарева сечения оформлено не в соответствии со ст. 32 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» (утв. ВС РФ 22.07.1993 г. №487-1); 2. в истории родов отсутствует обоснование консервативной тактики ведения родов у пациентки с рубцом на матке.

Таким образом, в данном случае было нарушение правил (стандартов) оказания медицинской помощи, что согласно которым необходим сбор полного анамнеза, проведение оперативного родоразрешения при наличии объективных причин. Нарушения правил (стандартов) привели к вышеуказанным ятрогенным дефектам, которые повлекли за собой развитие патологии, выраженной в разрыве матки, что в свою очередь стало причиной наступления неблагоприятного исхода в виде гибели плода и причинением пациентке А. тяжкого вреда здоровью, выраженного в удалении матки с невозможностью дальнейшего осуществления репродуктивной функции.

Родовой период – это период, который включает в себя не только изгнание плода, но и подготовку к внутриутробной жизни[[13]](#footnote-13). В родовой период возможно развитие экстренных ситуаций, в период которых необходимо оперативное вмешательство (аномальная родовая деятельность, смерть роженицы при живом плоде). Сам процесс родоразрешения также имеет свои правила и стандарты, нарушение которых может привести к неблагоприятным последствиям.

Пациентка С. поступила в роддом с предвестниками родов. Согласно договору обязательного медицинского страхования ей гарантировалась медицинская помощь определённого объема и качества. В родильном отделении была оказана медицинская помощь в родах с нарушением тактики оказания акушерского пособия в родах, в результате которого у пациентки С. родился живой доношенный ребенок с повреждением правого верхнего первичного пучка плечевого сплетения – парез Эрба.

В ходе принятия у С. родов было допущено нарушение (стандартов) правил оказания медицинской помощи (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»"), выраженное в неверной тактике акушерского пособия при родах. Вследствие допущенного нарушения образовался ятрогенный дефект - надавливании акушеркой на живот во время потуг и продвижении плода по родовым путям. Данный дефект повлёк развитие патологии повреждение правого верхнего первичного пучка плечевого сплетения у новорожденного, что привело к неблагоприятным последствиям.

Послеродовый период – это завершающий период стационарного этапа. В послеродовом периоде происходят изменения во всём организме женщины (сокращение матки, изменение положений органов пищеварения, нормализация кровообращения). Ведение послеродового периода характеризуется в подготовке женщины к нормальной жизни, обучение грудному вскармливанию, осуществляется профилактика послеродовых осложнений, а также сохраняется здоровье новорожденного и предотвращаются возможные заболевания[[14]](#footnote-14). К сожалению, на завершающем этапе врачебные ошибки не такое редкое явление, как хотелось бы. Допущенные ошибки на данном этапе приводят к сильнейшим психологическим травмам родильниц.

Пациентка А. Относилась к группе риска, имея в анамнезе следующие заболевания: хронический холецистит, хронический процесс в почках (мочекаменная болезнь, пиелонефрит); частые кариозные поражения зуба; левосторонний оофорит (воспаление левого яичника). На 32 неделе у беременной зафиксирована патологическая прибавка веса, поставлен диагноз «отёки беременных». Однако в медицинской документации ни один из указанных фактов не был отражён, что привело к не установлению диагноза «гестоз». Роды проходили с осложнениями, в процессе родов была изменена тактика ведения родоразрешения, было проведено оперативное вмешательство путём кесарева сечения. После родов у пациентки А. начались осложнения, на 6-е сутки после родов она скончалась вследствие полиорганной недостаточности (отёк легких, тромбы в сосудах матки, фрагментация мышечных волокон, изменение эпителия почек, паренхиматозная дистрофия миокарда, печени), обусловленной сепсисом (обнаружен золотистый стафилококк в матке и её содержимом, а также в крови; гнойный метроэнодметрит, гнойный сальпингит, фибринозно-гнойный перитонит).

Пациентка А. относилась к группе риска, указанные хронические заболевания относятся к факторам риска развития осложнений в послеродовом периоде. В послеродовом периоде имели место нарушения правил (стандартов) оказания медицинской помощи , которые привели к появлению ятрогенных дефектов, а именно : 1. не проведена профилактика послеродовых инфекций; 2. отсутствие наблюдения акушерами-гинекологами в течении 39 часов; 3. не проведено бактериологическое исследование; 4. не проведено рентгеновское исследование костей таза при диагнозе «Симфизит»; 5. запоздалая консультация врача-хирурга; 6. отсутствуют сведения о ежедневном осмотре и обработке хирургической раны.

Вышеуказанные дефекты привели к развитию патологии – развитие сепсиса, что привело к полиорганной недостаточности, что в свою очередь стало причиной наступления неблагоприятных последствий – наступление смерти пациентки А.

При оценке качества оказания медицинской помощи используется два критерия: качество исполнения (опыт, знание и навыки исполнителя) и качество соответствия (соответствие правилам (стандартам)). Также выделяют криминалистические критерии оценки качества оказания медицинской помощи: своевременность, обоснованность, достаточность, оптимальность, безопасность и результативность. В выше разобранных ситуациях мы можем наблюдать несоответствие оказания медицинской помощи в отношении нескольких критериев по отдельности на разных этапах ведения беременности, так и совокупное несоответствием всем критериям оценки качества. В случае пациентки А., которая скончалась после родов, представляется возможным говорить о несоответствии всем криминалистическим критериям, так как помощь не была оказана своевременно, не было подобрано обоснованное лечение, о достаточности, оптимальности и безопасности вовсе не приходится говорить, как следствие нулевая результативность.

**§4. Факты последствия**

Для того, чтобы сделать вывод о том, что неблагоприятные последствия возникли в результате действий (бездействия) медицинского работника должна обязательно установлена причинно-следственная связь. Неблагоприятные последствия могут быть обусловлены естественным развитием уже имеющихся заболеваний у беременной; неблагоприятный исход как следствие медицинского вмешательства; низкое качества оказания МП; дефект оказания медицинской помощи.

Неблагоприятные последствия в родовспоможении выражаются в виде причинения вреда здоровью или смерти беременной (роженицы) и плоду (новорожденному), увеличения материальных расходов на лечение, причинения морального вреда как самой беременной, так и её семье.

**§ 5. Время и место оказания медицинской помощи**

Время и место оказания медицинской помощи являются криминалистически значимыми факторами, которые могут повлиять на наступление неблагоприятных последствий. При оценке качества оказания медицинской помощи, определения причинно-следственной связи между действиями медицинских работников и наступившими последствиями эти факторы могут играть решающую роль. Так например, не всегда наступление негативных последствий связано с субъективными причинами допущения врачебных ошибок, нередко наступление нежелательного исхода вызвано и объективными причинами.

В отношении беременности и родовой деятельности время является основополагающим фактором. Проведение всех необходимых анализов, процедур и обследований должно проводиться во время в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.

При возникновении экстренных ситуаций время и вовсе играет решающую роль. Иногда на принятие решения уходит доля секунды, так как действия следует предпринимать в условиях крайней необходимости. Например, при родоразрешении естественным путём могут возникнуть аномалии родовой деятельности или роженица может впасть в состоянии агонии, подобные показания заставляют в короткие сроки менять тактику ведения родов и производить оперативное вмешательство родоразрешения путём кесарева сечения[[15]](#footnote-15).

Место оказания медицинской помощи также имеет важное криминалистическое значение. Выполнение определенных процедур или принятие родов у определённой категории женщин требует чёткого понимания, в каком месте необходимо проводить соответствующие действия. Например, при наличии у беременной женщины контагиозного инфекционного заболевания (туберкулез, СПИД, сифилис, грипп и т.д.) производится изоляция в обсервационном отделении или осуществляется перевод в специализированное лечебное учреждение[[16]](#footnote-16).

**§ 6. Обстановка**

Под обстановкой оказания медицинской помощи понимаются условия, при которых данная помощь оказывается. Обстановка оказания медицинской помощи относится к объективным факторам оценки качества оказания медицинской помощи, то есть независимо от действий субъекта наличие определенных условий может влиять на наступление неблагоприятного исходя.

К данным условиями относится оказание медицинской помощи в экстренных ситуациях, по жизненным показаниям, вне стационара (роддома), а также совокупность индивидуальных характеристик беременной/ роженицы.

Например, при госпитализации беременной в роддом родовая деятельность началась в транспортном средстве. При активной родовой деятельности могут возникнуть различные аномалии, с которыми находясь в транспорте, не оснащённом специальным оборудованием, и в котором отсутствуют необходимые лекарственные препараты, очень высок риск наступления негативных последствий, которые связаны не с действием медицинского работника, а с условиях проведения родов.

Помимо вышеуказанных условий к обстановке, способствующей возникновению неблагоприятных последствий, относятся условия крайней необходимости, обоснованного риска, исполнение приказа, а также невиновное причинение вреда. Вместе с тем стоит также учитывать отсутствие и тщательность осуществление как ведомственного, так и внутреннего контроля над деятельностью в области родовспоможения.

**II. Особенности расследования неосторожных преступлений, совершенных при родовспоможении**

Возбуждение уголовного дела – это основополагающая стадия уголовного процесса которая подразумевает под собой принятие уполномоченным органом решения о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного дела. Однако сводить содержание этой стадии только к вынесению постановление о возбуждении уголовного дела неверно, поскольку на данной стадии возможна реализация конкретных задач, специфический круг процессуальных действий[[17]](#footnote-17).

Уголовные дела о ятрогенных преступлениях возбуждаются при наличии материалов, которые могут содержать информацию, подтверждающую факт неадекватного оказания медицинской помощи с признаками неосторожного преступления медицинского работника в виду исполнения своих профессиональных обязанностей.

Как показывает практика уголовные дела по преступлениях, совершенным в области медицины, могут возбуждаться по заявлению потерпевшего, либо его родственников и ближайшего окружения, и крайне редко от очевидцев (свидетелей). Кроме того, возбуждение уголовного дела возможно по сообщениям из самих медицинских учреждениях при наличии раненых или травмированных пациентов, а также по сообщениях из страховых компаний, в случае если потерпевший был застрахован и обращался за выплатами.

Согласно статье 140 УПК РФ поводами для возбуждения уголовного дела могут послужить заявление о преступлении, явка с повинной, сообщение о совершенном или готовящемся преступлении, полученное из иных источников и постановление прокурора о направлении соответствующих материалов в орган предварительного расследования для решения вопроса об уголовном преследовании.

Относительно повода для возбуждения уголовного дела о преступлении, совершенном при ненадлежащем родовспоможении, то чаще всего поводом служит заявление гражданина о привлечении медицинского персонала к уголовной ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи, которое окончилось неблагоприятным исходом для беременной/ роженицы или плода/ребенка, то есть причинением последним вреда здоровью или смерти.

Кроме того, поводом для возбуждения уголовного дела может послужить сообщения из средств массовой информации (СМИ). Как показывают современные реалии при развитии интернет-сообщества случаи возбуждения уголовного дела по сообщениям из СМИ значительно увеличились, поскольку граждане стали подобным образом отстаивать свои права через освещение проблемы в широких кругах общества.

У сотрудников правоохранительных органов может возникнуть ряд существенных трудностей при расследовании неосторожных преступлений, совершенных при родовспоможении, поскольку необходимо использовать специальные знания, чтобы понимать специфику данной медицинской области. Для того, чтобы принять верное, а главное – обоснованное, решение о наличии или отсутствии достаточных данных, которые бы свидетельствовали о признаках преступления, необходимо провести углубленное и расширенное криминалистическое исследование события ятрогенного преступления.

**§ 1. Особенности производства предварительной проверки**

Предварительная проверка – это разновидность поисковой деятельности, которая проводится с целью выяснить имело ли место быть общественно опасное деяние и если оно совершено, то содержит ли признаки преступление. Должностное лицо, который имеет первичную информацию о возможном преступлении должно разделить информацию на два блока: 1) информация об обстоятельствах (место, время, обстановка и т.д.), 2) информация о самом источнике, от которого поступила информация. Во вторую категорию входит лицо, от которого поступила информация, иные лица, которые могут указать на людей, имеющих возможность подтвердить факт, указанный в сообщении о преступлении, документы и иные предметы, имеющие дополнительную информацию. После сбора всей возможной информации по данным блокам формируется так называемая модель события, которое имело место быть, а на основе это модели формируются криминалистические версии и разрабатываются планы их проверки. План проверки криминалистических версий включает в себя производство реальных действий, например, выход на место происшествия, осмотр места происшествия, сбор объяснений у лиц, которые располагают или могут располагать необходимой информацией, привлечение специалиста для изучения документации, проведения лабораторных исследований либо исследования объектов с последующим получением консультации от специалиста, изучение специальной литературы, нормативно-правовых актов в той области, на которую направлена предварительная проверка.

Предварительная проверка сообщения о преступлении, совершенном в области медицины обладает определенными особенностями. Согласно ч.1 ст.144 УПК РФ дознаватель, орган дознания, следователь, руководитель следственного органа вправе истребовать документы, и изымать их в установленном порядке. Вместе с тем, на практике у правоохранительных органов возникает проблема с истребованием документов, поскольку чаще всего медицинские организации отказывают в предоставлении медицинской документации ссылаясь на то, что данные документы содержат в себе информацию, которая составляет врачебную тайну.

**§ 2. Особенности предварительного расследования неосторожных преступлений, совершенных при родовспоможении**

Основными и результативными следственными действиями при расследовании неосторожных преступлений, совершенных при родовспоможении принято считать допрос, выемку и осмотр медицинской документации и судебно-медицинскую экспертизу.

Допрос подразумевает под собой уголовно-процессуальное следственное действие, с помощью которого следователь или дознаватель получает информацию от допрашиваемого лица с целью установления обстоятельств преступления и фиксирует её в протоколе допроса. Согласно УПК РФ в качестве допрашиваемого лица могут выступать подозреваемый, обвиняемый, потерпевший, свидетель, а также при необходимости дополнительных разъяснений ранее привлекаемые специалист и эксперт.

Основополагающей стадией допроса является его подготовка*.* Следователь или дознаватель может на данной стадии столкнуться с проблемой допроса при расследовании неосторожного преступления, совершенного при родовспоможении – это непосредственная специфика медицинской деятельности в области акушерства и гинекологии.

В данном случае подозреваемый, в последствии обвиняемый, основная часть свидетелей являются медицинскими работниками, которые непосредственно работают в одном учреждении. Следователь и дознаватель должен стремиться к проведению максимально эффективному допросу, соответственно для того, чтобы качественно допросить медицинских работников необходимо обладать начальными знаниями о врачебном процессе в области акушерства и гинекологии. В связи с этим для проведения допроса необходимо привлечь лицо, которое обладает специальными медицинскими знаниями в области акушерства и гинекологии, то есть специалиста. На практике специалист является медицинским работником, и из соображений корпоративной этики отказывается участвовать в непосредственном проведении допроса, однако он выполняет вспомогательную функцию, помогая следователю составить верные и корректные вопросы для допроса сотрудников медицинского учреждения.

В первую очередь предлагаем обратить внимание на особенности допроса потерпевшего или его представителя. Процессуальное лицо - представитель потерпевшего может появиться в расследовании преступления в зависимости от вида неблагоприятного исхода врачебного процесса. В качестве допрашиваемого лица может выступать как сам пациент (жертва), в случае если беременной/роженице причинен тяжкий вред здоровью и она самостоятельно может давать показания. В случае наступления летального исхода для беременной/роженицы в качестве допрашиваемого лица могут выступать родственники или её законные представители, если таковые имеются.

Прежде всего в ходе допроса потерпевшего или представителя потерпевшего необходимо установить данные о потерпевшем. Примерный перечень вопросов, которые может задать следователь, следующий:

1. Необходимо установить анкетные данные потерпевшего (ФИО, возраст, профессия, место проживания и т.д.).

После установления анкетных данных необходимо перейти к установлению данных, характеризующих потерпевшего, как личность.

1. Какой образ жизни ведет потерпевшая?
2. Имеются ли у нее пагубные привычки (алкоголь, табакокурение, наркотики)?
3. Страдала ли потерпевшая ожирением или анорексией?
4. Имеет ли потерпевшая какие-либо хронические заболевания?
5. Страдает ли потерпевшая какими-либо аллергическими реакциями?
6. Каковы бытовые условия проживания потерпевшей?
7. С кем проживает потерпевшая?
8. Имеют ли родственники потерпевшей какие-либо хронические заболевания?
9. На каком сроке беременности потерпевшая встала на учет?
10. Была ли беременность первой?
11. Была ли беременность многоплодной или одноплодной?
12. Страдала ли потерпевшая токсикозом, отеками, повышенным или пониженным давлением?
13. Как часто потерпевшая посещала врача, ведущего беременность, и иных специалистов?
14. Принимала ли потерпевшая какие-либо лекарственные средства по назначению врача?
15. Занималась ли потерпевшая самолечением?
16. Все ли рекомендации врача выполняла потерпевшая?
17. Жаловалась ли потерпевшая на своё самочувствие? и т.д.

Следователю необходимо учесть, что потерпевшей является лицо женского пола, которое находится в периоде гормональной перестройки, в процессе вынашивания ребенка, а следовательно реакция на лекарственные препараты может вызывать различные последствия, в том числе смерть, как беременной роженицы, так и плода/новорожденного.

Беременность может быть фактором, влияющим на наступление неблагоприятных для пациентки последствий. Во время беременности возрастает чувствительность женщины к определенным лекарствам, которые могут также оказывать побочное воздействие на плод (например, большие дозы тетрациклина оказывают повреждающее действие на печень только у беременных, а также отрицательно влияют на образование костей и зубов у плода). Из-за приема некоторых лекарств возможна интоксикация плода с последующим возникновением дефектов развития[[18]](#footnote-18).

Пристальное внимание следователь должен обратить на то, как проводилось амбулаторное ведение беременности, и как проводилось родоразрешение: в каком медицинском учреждении и когда проводилось полное обследование беременной; в каком медицинском учреждении беременная состояла на учете; каковы были сроки беременности; проводилось ли беременной какое-либо медикаментозное лечение; направлялась ли беременная в стационар; были угрозы выкидыша; были ли патологии у плода; если были, то с чем они связаны; каков был поставлен срок для родоразрешения; было показано родоразрешение путем кесарева сечения; если да, то по какой причине; в какое медицинское учреждение поступила беременная для родоразрешения; какова была тактика родоразрешения; где проводилась послеродовая реабилитация, какие мероприятия она в себя включала; оказывалась ли медицинская помощь новорожденному; при каких обстоятельствах и на какой стадии наступил неблагоприятный исход; какие объяснения были даны потерпевшей и её родственникам о причине наступления неблагоприятного исхода; мнение потерпевшей стороны о полученных объяснениях, имеются ли у них возражения; когда и по какой причине возникла точка зрения о наличии факта ненадлежащего оказания медицинской помощи и о неправильных действиях медицинских работников (желательно с указанием на предполагаемых лиц); может ли потерпевшая или ее родственники обозначить, какие действия привели к наступлению неблагоприятного исхода после оказания медицинской помощи; могут ли потерпевшая или её родственники назвать причину ненадлежащего выполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей[[19]](#footnote-19).

К сожалению, на практике симптомы многих болезней могут упущены врачами акушерами-гинекологами, по причине общего недомогания беременных. Врачи-узисты могут не рассмотреть серьезные патологии у плода, если беременная страдает многоводием. Назначение дополнительных генетических тестирований чаще всего не производится. В связи с этим необходимо выяснить, какова была реакция медицинского работника на жалобы беременной/роженицы, какие меры были предприняты для выяснения причины жалоб, в полном ли объеме проводилось исследование плода.

На стадии выяснения обстоятельств наступления неблагоприятного исхода, очень важно учесть, что для потерпевшей и её родственников тяжело отвечать на вопросы, поскольку радостное для семьи событие, обернулось печальным исходом. Поэтому вопросы должны быть сформулированы максимально корректно, четко и доступно для понимания для того, чтобы избегать повторений.

Далее необходимо перейти к допросу свидетелей. Показания свидетелей играют важную роль в понимании общей картины произошедших событий.

В качестве свидетелей в расследовании уголовных дел по ятрогенным преступлениям могут выступать: медицинские работники учреждения, в котором наблюдалась беременная/роженица, соседи по палате в родильном доме, а также родственники и знакомые, которые могут обладать интересующей следователя или дознавателя информацией.

Медицинских работников можно разделить на четыре условных группы: 1) медицинские работники, которые непосредственно оказывали медицинскую помощь (врач акушер-гинеколог, акушерка, врач-узист, неонатолог и т.д.), 2)медицинские работники, которые занимаются организацией врачебного процесса (например, заведующий женской консультацией, главный врач в женской консультации, заведующий родильным домом и т.д.) 3) медицинские работники, осуществляющие функции вспомогательного характера (процедурная медицинская сестра, медицинская операционная сестра, сестра-анестезистка, санитарные работники), 4) медицинские работники, не участвовавшие во врачебном процессе в отношении конкретной беременной/ роженицы, однако могущие дать профессиональную характеристику личности, выступающей в качестве подозреваемого или обвиняемого.

Кроме того, при беременности, отягощенной различного вида осложнениями, например, наличие генетических заболеваний у плода, хронических заболеваний у беременной/роженицы следователь или дознаватель может привлечь и допросить в качестве свидетеля специалиста.

Необходимо учесть, что информация, полученная от медицинских работников имеет определенный характер, поскольку допрашиваемые лица могут давать показания, используя терминологию из области акушерства и гинекологии, а также полагаясь на свой личный опыт. Кроме того, как уже отмечалось выше, медицинские работники чаще всего следуют корпоративной этикой, отказываясь давать показания не в пользу коллег, а иногда и вовсе умышленно скрывают факты допущенных нарушений. Более того, важно обратить внимание, что существует множество различных тактик ведения беременности и родов, и потому необходимо учитывать тот факт, что у каждого медицинского работника могут быть различные взгляды на одну и ту же ситуацию. Для того, чтобы следователю и дознавателю верно определить круг лиц, обладающих информацией по обстоятельствам уголовного дела необходимо привлечь специалиста, обладающего знанием процесса ведения беременности и родов.

При допросе медицинских работников в качестве свидетелей необходимо установить следующее:

1. Какова была тактика ведения беременности и родов?
2. Насколько обоснована была выбранная тактика?
3. Имелись ли предпосылки для смены тактики ведения беременности и родов?
4. Имелись ли какие-либо заболевания у беременной/роженицы и плода/новорожденного?
5. Каков необходимый объем медицинских исследований?
6. В полном ли объеме проводились медицинские исследования?
7. Какие медицинские исследования проводились беременной на стадии амбулаторного ведения беременности?
8. Что послужило причиной возникновения ятрогенного дефекта (дефекта оказания медицинской помощи) и в последствии развития ятрогении?
9. Можно ли было избежать неблагоприятных последствий?
10. Если, да, то каким образом?
11. Имели ли какие-либо особенности протекания беременности?
12. Если имелись, то какова причина их возникновения?
13. Наблюдалась ли роженица у врачей иных специальностей?

Кроме того, следователю/ дознавателю необходимо выяснить проводились ли проверки обоснованности выбранной тактики и методики ведения беременности и родов, каковы выводы врачебной комиссии, каковы заключения медицинских экспертов по поводу качества оказанной медицинской помощи[[20]](#footnote-20).

Как уже было обозначено выше, кроме медицинских работников, в качестве свидетелей могут быть допрошены родственники и знакомые беременной/роженицы, соседи по палате в родильном доме, а также можно допросить пациентов, наблюдающихся у тех же медицинских работников, с целью получить информацию о личности медицинского работника и его отношения к выполняемым профессиональным обязанностям.

В отношении допроса указанных лиц сформулированы следующие вопросы:

1. Какой образ жизни вела беременная/роженица?
2. Есть ли в её окружении люди с тяжелыми хроническими заболеваниями?
3. Имелись ли у нее вредные привычки?
4. Соблюдала ли она предписания врача акушера-гинеколога?
5. Занималась ли беременная самолечением?
6. На каком сроке беременности беременная встала на учет?
7. На каком сроке беременности поступила в родильное отделение?
8. Поступали ли жалобы от беременной/роженицы?
9. Страдала ли беременная от токсикоза, отеков или артериального давления?
10. Переносила ли она какие-либо заболевания во время беременности?
11. Назначались ли ей какие-либо дополнительные процедуры?
12. Были ли показано кесарево сечение?
13. Если да, то по какой причине?
14. Высказывала ли беременная/роженица мнение об оказываемой ей медицинской помощи?
15. Каковой было физическое и психическое состояние беременной/роженицы?

Для установления характеристики медицинских работников ведущих беременность и роды можно обозначить следующий круг вопросов:

1. Каков опыт работы у конкретного медицинского работника?
2. Насколько он доброжелателен и внимателен по отношению к пациентам?
3. Как частно он контактирует с пациентами?
4. Предлагает ли он вариативность методов лечения?
5. Прислушивается ли он к точке зрения пациента?
6. Соблюдает ли он нормы этики? И т.д.

Далее необходимо перейти к допросу основного лица – подозреваемого.

Допрос подозреваемого целесообразно проводить после допроса потерпевшего и хотя бы нескольких свидетелей, для того, чтобы обладать основным массивом информации по уголовному делу. Перед допросом подозреваемого следователю или дознавателю необходимо выбрать тактику допроса, изучить нормативно-правовые акты, регулирующие акушерство и гинекологию, медицинскую и справочную литературу для того, чтобы он прошел как можно эффективней. Тактику можно выбрать исходя из допросов потерпевшей и свидетелей относительно личности подозреваемого. К моменту начала допроса следователь должен сформулировать примерные версии расследуемых событий для того, чтобы понимать, в каком ключе вести допрос. Особенностью допроса подозреваемого по делам о неосторожных ятрогенных преступлениях является максимальная детализация его показаний. Вначале желательно дать возможность подозреваемому в свободном рассказе изложить очень подробно все обстоятельства события, задавая лишь только уточняющие вопросы. После этого желательно с участием специалиста (эксперта) допросить по вопросам, интересующим следствие[[21]](#footnote-21).

Предполагаемый список вопросов для допроса в качестве подозреваемого можно разделить на несколько блоков. Первый блок вопрос должен касаться характеристики личности подозреваемого.

1. ФИО подозреваемого
2. Возраст подозреваемого
3. Должность/профессия подозреваемого
4. Где и как давно он получал медицинское образование в области акушерства и гинекологии?
5. Где и как давно подозреваемый проходил курсы по повышению квалификации или повторную аттестацию?
6. Каков опыт работы?
7. Как давно подозреваемый работает в конкретном медицинском учреждении?
8. Каково отношение к профессиональной деятельности?
9. Имеются ли пагубные привычки?

Второй блок вопросов должен касаться беременной/роженицы.

1. На каком сроке беременности беременная встала на учет?
2. Имелись ли у беременной хронические заболевания?
3. Имелись ли у беременной физиологические особенности?
4. Имелись ли аллергические реакции на лекарственные препараты?
5. Имелись ли какие-либо особенности протекания беременности?
6. Были у беременной признаки гестоза?
7. Как часто беременная посещала медицинское учреждение?
8. Какие виды обследований проходила беременная/роженица?
9. Каковы их результаты?
10. Какова была тактика ведения беременности и родов?
11. Назначались ли беременной какие-либо лекарственные препараты или витаминные комплексы?
12. Если да, то в связи с чем?
13. Поступали ли жалобы от беременной/роженицы касаемо её состояния здоровья?
14. Если да, то какова была реакция подозреваемого на данные жалобы? и т.д.

Третий блок вопросов должен непосредственно касаться расследуемых событий.

1. В каком состоянии и на каком сроке беременная поступила в родильный дом?
2. В случае разрешения родов путем кесарева сечения, было ли оно запланированными или экстренными?
3. В каком порядке проводились медицинские мероприятия?
4. На какой стадии был допущен ятрогенный дефект?
5. Когда развилась ятрогения?
6. В какой момент наступил неблагоприятный исход?

Соблюдая заранее составленный план допроса следователь/дознаватель сможет уличить подозреваемого в умышленном искажении фактов[[22]](#footnote-22).

После того, как следователь/дознаватель вынес постановление о привлечении лица в качестве обвиняемого, статус подозреваемого по уголовному делу сменяется на статус обвиняемого. После вынесения данного постановления необходимо проводить повторный допрос лица только уже в ином статусе. Допрос обвиняемого отличается от допроса подозреваемого целью допроса. Следователь/ дознаватель уже не занимается подтверждение или опровержением следственных версий, поскольку на данном этапе следственная версия должна быть четко обозначена, в виду того, что обвинение предъявляется в отношении конкретного преступления со всеми его характеристиками. При допросе лица в качестве обвиняемого следователи или дознаватель должен собрать необходимые доказательства, которые подтверждали бы виновность обвиняемого медицинского работника. В виду того, что обвиняемый может умышленно искажать события или предлагать ложные версии, а также менять версии события следователь должен уметь грамотно, корректно и с применением специальных знаний задавать интересующие его вопросы. Для проведения допроса обвиняемого также может быть привлечен специалист, обладающий специальными знаниями в области акушерства и гинекологии. Показания должны записываться подробно, с уточнением технологии медицинских мероприятий, медицинских терминов, аргументации принятых решений по выбору диагностических исследований, методов и тактики, преемственности, реабилитации[[23]](#footnote-23).

Чаще всего, на данном этапе медицинские работники отрицают свою виновность, ссылаясь на стечение обстоятельств или физиологические особенности потерпевшей, или говорит об отсутствии преступного деяния в виду объективных обстоятельств субъективного характера.

Министерством здравоохранения и социального развития разработаны стандарты оказания медицинской помощи в области акушерства и гинекологии с учетом экстренных случаев, отступать от стандарта оказания медицинской помощи медицинский работник не имеет права. Единственные условия, в которых медицинский работник мог отойти от стандарта, это обстоятельства крайней необходимости[[24]](#footnote-24).

Чаще всего сторона защиты ссылается именно на обстоятельства крайней необходимости, выбирая данную версию, как основную.

Для того, чтобы установить имели ли место обстоятельства крайне необходимо учитывать: обстановку, наличие действительной опасности угрозы жизни и здоровью, своевременность действий, отсутствие возможности устранить угрозу иными способами, соразмерность вреда по обстоятельствам деяния. Важно иметь в виду, что согласно ст. 39 УК РФ необходимо, чтобы причиненный вред был меньше вреда предотвращенного.

Следующая версия, к которой может прибегнуть сторона защиты – это наличие условий обоснованного риска.

Согласно ст. 41 УК РФ определяются пределы (условия) правомерности риска, при которых уголовная ответственность исключается: не является преступлением причинение вреда охраняемым законом интересам при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели; риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда; риск не признается обоснованным, если он заведомо был сопряжен с угрозой для жизни многих людей, с угрозой экологической катастрофы или общественного бедствия.

Профессия врача и особенно некоторые её специальности предусматривает риск, ибо главная задача медицины, - оказание помощи больному, нередко требует неординарных действий с учетом древней заповеди "не навреди". Рискованные действия врача в сложных экстремальных ситуациях встречаются повседневно[[25]](#footnote-25).

И. В. Ившин отмечает, что в отличие от крайней необходимости, при которой в соответствии со ст. 39 УК РФ требуется, чтобы вред, фактически причиненный, был меньше вреда предотвращенного, при обоснованном риске ограничений в размере вреда не предусмотрено[[26]](#footnote-26).

В процессе допроса обвиняемого необходимо установить, изучал ли он беременную/роженицу на предмет патологий, производил ли он подобные данной ситуации медицинские мероприятия ранее. Кроме обвиняемого следует допросить на предмет того, были ли им соблюдены все аспекты так называемого объективного критерия: перемещение пациента в отделение патологии, подготовка необходимого оборудования для принятия родов в экстренной ситуации и необходимых лекарственных препаратов, установление возможной принадлежности беременной или роженицы к группам риска и т.д.

Следователем не может игнорироваться позиция медицинских работников по данному вопросу, т. к. в ряде случаев медицинские работники действительно идут на риск ради сохранения жизни и здоровья пациентов. Только обладая всесторонним представлением о специфике обоснованного риска в медицинской деятельности, следователь может определить, исключается ли противоправность деяния в том или ином рассматриваемом материале предварительной проверки сообщения о преступлении[[27]](#footnote-27).

Российское уголовное законодательство предполагает невиновное причинение вреда. Согласно ст. 28 УК РФ деяние признается совершенным невиновно, если лицо, его совершившее, не осознавало и по обстоятельствам дела не могло осознавать общественной опасности своих действий (бездействия) либо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий и по обстоятельствам дела не должно было или не могло их предвидеть; деяние признается также совершенным невиновно, если лицо, его совершившее, хотя и предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но не могло предотвратить эти последствия в силу несоответствия своих психофизиологических качеств требованиям экстремальных условий или нервно-психическим перегрузкам.

Соответственно сторона защиты, выдвигая версию о несчастном случае, должна доказать, что у обвиняемого не было возможности предвидеть и предотвратить наступление неблагоприятных последствий. При таких обстоятельствах следователь вновь должен прибегнуть к помощи специалиста для того, чтобы установить, можно ли было предвидеть и предотвратить наступившие неблагоприятные последствия, по какой причине со стороны обвиняемого не были предприняты необходимые действия. Кроме того, в допросе обвиняемого необходимо задать последнему вопросы следующего характера:

Как уже отмечалось выше, невиновным причинением вреда признаются те случаи, когда лицо, его совершившее, хотя и предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но не могло предотвратить эти последствия в силу несоответствия своих психофизиологических качеств требованиям экстремальных условий или нервно-психическим перегрузкам[[28]](#footnote-28).

М.Г. Сердюков пишет о состоянии «операционного транса», представляющего собой не находчивость врача при столкновении с аномалией организма или течения заболевания[[29]](#footnote-29).

Обвиняемый может ссылаться на продолжительные ночные дежурства и как следствие недосыпы, которые ведут к замедлению мыслительных процессов и реакций, необходимость действия в экстремальной ситуации, с которой в силу своего опыта он ещё ранее не сталкивался, а также наличие панической атаки во время непредвиденной ситуации. Для того чтобы доказать нестабильное психофизиологическое состояние обвиняемого в момент расследуемых событий необходимо назначить психолого-психиатрическую экспертизу.

В случае, если обвиняемый ссылается на наличие обстоятельств, предусмотренных ст.28 УК РФ, последнему необходимо задать следующие вопросы:

1. Почему обвиняемый счёл ситуацию экстремальной?
2. Были ли у него ранее подобные ситуации?
3. В связи с чем обвиняемый считает себя неспособным предотвратить последствия.

Результаты допроса обвиняемого должны как можно более детально фиксироваться в протоколе допроса обвиняемого, для того чтобы суд мог в полной мере оценить обстоятельства события преступления, а также для обнаружения расхождений в показаниях в качестве подозреваемого.

Кроме того, целесообразно провести очную ставку между потерпевшей и подозреваемым/обвиняемым, поскольку их показания могут кардинально отличаться друг от друга. В ходе очной ставки следователь/дознаватель вновь может задать интересующие его вопросы для устранения расхождений в показаниях. Также обвиняемому могут быть предъявлены медицинские документы, полученные при выемке и осмотре в медицинском учреждении.

Согласно ч.1 ст.183 УПК РФ выемка – это следственное действие, которое производится при необходимости изъятия определенных предметов и документов, имеющих значение для уголовного дела, и если точно известно, где и у кого они находятся. Согласно ст.176 УПК РФ осмотр документов – это уголовно-процессуальное действие, которое производится с целью обнаружения следов преступления, выяснения других обстоятельств, имеющих значение для уголовного дела.

Выемка и осмотр медицинской документации должны происходить как можно раньше, поскольку возможна фальсификация и уничтожение, важных с доказательственной точки зрения документов.

По документам можно обнаружить следы ятрогенного дефекта, ятрогении, их сокрытия, установить конкретные лекарства, процедуры, манипуляции, вмешательства, обусловившие ятрогенную патологию и неблагоприятный исход, т. е. получить информацию о важных обстоятельствах деяния с признаками преступления.

Медицинскую документацию можно разделить на четыре группы: нормативную (законы, указы Президента РФ, постановления Правительства РФ, распоряжения министра здравоохранения и т. д.), регулирующую отношения в сфере охраны здоровья граждан; административную (положения, приказы, распоряжения и т. д. по ЛПУ), относящуюся к профессиональной медицинской деятельности; технологическую (медицинские стандарты, рекомендации, методические пособия, руководства, инструкции, аннотации и т. д.), регулирующую процесс оказания медицинской помощи; производственную (по оказанию медицинской помощи), в которое фиксируются сведения о процессе оказываемой медицинской помощи[[30]](#footnote-30).

Производственная медицинская документация – это система документов установленной формы, предназначенных для фиксации данных об особенностях организма пациента, а также о проводимых в отношении него медицинских мероприятиях и их результатах[[31]](#footnote-31).

Приказом Министерства Здравоохранения СССР закреплена унифицированная система типовой медицинской документации. Согласно Приказу Министерства здравоохранения ССС от 04.10.1980г. «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» в области акушерства и гинекологии в медицинских учреждений ведется:

* Медицинская документация, используемая в стационарах
* Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц (форма 002/у),
* Медицинская карта прерывания беременности (форма 003-1/у),
* История родов (форма 096/у),
* История развития новорожденного (форма 097/у),
* Журнал записи родов в стационаре (форма 010/у),
* Журнал отделения (палаты) для новорожденных (форма 102/у)
* Медицинская документация, используемая в поликлиниках (амбулаториях)
* Индивидуальная карта беременной и родильницы (форма 111/у),
* Журнал записи родовспоможения на дому (форма 032/у),
* Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу (форма 084/у),
* Тетрадь учета на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки) (фора 116/у),
* Обменная карта родильного лома, родильного отделения (форма 113/у),
* Справка о временной нетрудоспособности в связи с бытовой травмой, операцией аборта (форма 095-1/у),
* Медицинское свидетельство о рождении (форма 103/у),
* Врачебное свидетельство о смерти (форма 106/у),
* Свидетельство о перинатальной смерти (форма 106-2/у)

Помимо перечисленных выше медицинских документов следователь может изъять журналы проведения инструментальных и лабораторных исследований, журналы летальных исходов и другую учетную документацию, которая ведётся в медицинских учреждениях, специализирующихся на акушерстве и гинекологии.

Для проведения выемки и осмотра медицинской документации следователь может привлечь специалиста, обладающего знаниями в области акушерства и гинекологии. Кроме того специалист должен обладать знаниями по процедуре отражения процесса оказания акушерской и гинекологической помощи в производственной документации.

В медицинской документации содержится информация об оказанной медицинской помощи беременной/роженице, можно сделать вывод о том, на каком этапе оказания медицинской помощи возникла ятрогения, установить лицо, виновное в образовании ятрогенного дефекта, ответить на вопрос: Имелась ли реальная возможность избежать неблагоприятного исхода?» и многие другие сведения.

На основании заключения специалистаследователь получает информацию о том, в каких документах содержится информация, способная подтвердить или опровергнуть имеющиеся следственные версии, а также в какой форме и какие документы следователю необходимо изъять из медицинского учреждения. Как уже отмечалось выше, в связи с наступлением неблагоприятных последствий медицинская документация может подвергаться фальсификации и уничтожению. В связи с этим, специалист с точки зрения имеющихся у него знаний может указать следователю на недочеты в медицинской документации, на наличие подчисток, исправлений и корректировки данных. Важно учесть тот факт, что большая часть врачебного процесса фиксируется в медицинской документации незамедлительно и нередко в нескольких документах.

Как уже говорилось выше, выемка производится при необходимости изъятия предметов и документов, имеющих значение для расследования, в том случае, если известно, где они находятся. Таким образом, если следователю стала доступна информацию о том, какие медицинские документы необходимо получить и откуда их необходимо получить, следователь может принимать решения о производстве выемки.

Осмотр медицинской документации и исследование информации, содержащей в ней, помогает следователю разобраться в этапах врачебного процесса, составить предполагаемую схему исследуемых событий. При изучении амбулаторной карты беременной, обменной карты родильного дома можно установить верно ли выбрана тактика ведения беременности и родов, верно ли установлены клинические диагнозы, диагностированы ли патологии, имелись ли ошибки в диагностировании, проводились ли все возможные способы и виды диагностирования. При осмотре медицинских документов детально проанализировать форму и содержание документов. Предварительный осмотр медицинских документов позволяет сделать выводы о наличии исправлений, корректировок и подчисток. Окончательный вывод о наличии исправлений, корректировок и подчисток можно получить из заключения документарной технико-криминалистической судебной экспертизы. Технико-криминалистическая экспертиза проводится с целью установления способа изготовления или подделки документа. Предметом данной экспертизы являются фактические обстоятельства, связанные с исполнением документов, отождествлением материалов документов и средств их изготовления, устанавливаемые на основе специальных познаний.[[32]](#footnote-32) При этом эксперт оценивает соблюдение правил оформления медицинских документов в области акушерства и гинекологии, соответствие объема и качества информации требованиям к ведению документов.

В ходе технико-криминалистического исследования решаются диагностические, идентификационные и классификационные задачи. К диагностическим задачам относятся:

* установление способа изготовления документа (машинописный, рукописный, ксерокопирование),
* наличия и способа изменения текста документа (подчистки, дописки, вытравливание),
* установления первоначального текста (восстановление невидимых и слабо видимых записей),
* установка времени составления документа.

К идентификационным задачам относятся:

* соотнесения частей к одному документу,
* установлению использования изделий и материалов при изготовлении медицинского документа,

К классификационным задачам относится установление факта принадлежности конкретного объекта к определенной группе в соответствии с существующей классификацией[[33]](#footnote-33).

Перед судебно-техническим экспертом можно поставить следующие вопросы:

1. Имеются ли в документах признаки, указывающие на возможность фальсификации?
2. Если да, то какие именно (исправления, подчистки, дописки)?
3. Имеется ли возможность восстановить текст первоначальной записи?
4. Каково содержание залитых, зачеркнутых и замазанных записей?
5. В одно или разное время выполнен весь текст документа?
6. Какая информация содержалась в первоначальной записи; когда был составлен документ и т.д.[[34]](#footnote-34).

Осмотр медицинской документации позволяет установить, что оформление медицинских документов чаще всего не соответствует установленным нормам, и к сожалению, неряшливое и недобросовестное заполнение медицинской документации встречается довольно часто. В оформлении медицинской документации можно обнаружить следующие недостатки: нарушение порядка ведения записей, сами записи ведутся неаккуратно, рукописные записи чаще всего нечитаемые. В содержательной части медицинских документов можно обнаружить недостатки в собранном анамнезе, неверное установление сроков беременности, несвоевременное проведение исследований, краткое описание симптомов.

Кроме того, вопреки тому, что медицинскую документацию необходимо заполнять непосредственно во время после медицинских мероприятий, чаще всего медицинская документация может заполняться спустя некоторое время. По этой причине могут возникнуть непреднамеренные искажения информации, в виду свойств человеческой памяти, так и умышленное изменение каких-либо сведений[[35]](#footnote-35).

Недостатки ведения и оформления медицинской документации могут препятствовать установлению обстоятельств, подлежащих доказыванию. Именно по этой причине выемку и осмотр медицинских документов необходимо проводить незамедлительно.

**III. Использование специальных медицинских знаний при расследовании неосторожных преступлений, совершенных при родовспоможении**

По причине особенности сферы расследуемых преступлений большинство из них невозможно раскрыть без проведения экспертиз и участия специалистов. В связи с этим роль специальных знаний при расследовании ятрогенных преступлений невероятно высока.

А.А. Эйсман отмечал, что под специальными знаниями необходимо понимать не общеизвестные, не общедоступные, не имеющие массового распространения знания, которыми располагает ограниченный круг специалистов[[36]](#footnote-36). Однако, различные теоретики предлагали и иные подходы к определению специальных знаний.

Согласно ст. 2 Федерального Закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» задачей судебно-экспертной деятельности является установление обстоятельств, подлежащих доказыванию по уголовному делу.

Участие специалиста, обладающего знаниями в области акушерства и гинекологии на стадии досудебного производства – это залог проведения полного и досконального расследования неосторожных преступлений, совершенных при родовспоможении.

Следователь может привлечь специалиста при проведении предварительной проверки заявления о факте неадекватного оказания медицинской помощи врачом акушера-гинекологом и другим медицинским персоналом, которое повлекло неблагоприятные последствия для беременной/роженицы, плода/новорожденного – причинение смерти или тяжкого вреда здоровью. По результатам судебно-медицинских исследований следователь, дознаватель или прокурор могут принять решение относительно возбуждения или отказа в возбуждении уголовного дела.

При предварительном расследовании неосторожного преступления, совершенного при родовспоможении применение специальных знаний помогает получить информацию об обстоятельствах ятрогенного преступления и причастности конкретного медицинского работника к его совершению.

Применение специальных знаний возможно в двух вариациях: привлечение к участию в расследовании уголовного дела специалиста, а также назначение и проведение судебно-медицинской экспертизы.

Разница между специалистом и экспертом проявляется в том, что специалист не проводит экспертных исследований. Основные задачи специалиста – помощь в обнаружении и изъятии доказательств по делу, помощь при проведении допроса медицинских работников, помощь в составлении вопрос для судебно-медицинских экспертов и разъяснение следователю основ в области акушерства и гинекологии.

**§ 1. Привлечение специалиста к проведению следственных действий и получение его заключения**

Следователю или дознавателю необходимо привлекать специалиста к участию в следственных действия на стадии предварительной проверки сообщения о преступлении. По итогам данной проверки должно быть принято решение о возбуждении уголовного дела или об отказе в возбуждении уголовного дела.

Основными целями проверки сообщений о преступлении являются:

1) установление повода и основания для принятия вышеуказанных решений;

2) сохранение основных доказательств по событию преступления;

3) предупреждение и пресечение возможных действий медицинских работников по фальсификации или уничтожению медицинской документации.

Как уже отмечалось выше для исследования обстоятельств события, связанного с ненадлежащим оказанием акушерско-гинекологической помощи, имевшей неблагоприятные последствия, необходимо обладать специальными медицинскими знаниями в области акушерства и гинекологии. Именно по этой причине необходимо привлечение специалиста*.*

Привлечение специалиста на стадии возбуждения уголовного дела может помочь следователю/дознавателю получить информацию о врачебном процессе, стадиях его ведения, сравнения положений нормативно-правовых актов, регулирующих указанную медицинскую область с реальной ситуацией для выявления допущенных нарушений правил оказания медицинской помощи.

В качестве специалиста необходимо привлекать лицо, которое имеет опыт работы в области родовспоможения, а также обладает достаточными знаниями специфики оказания медицинской помощи при родовспоможении.

Специалист может помочь с определением списка медицинской документации, которую необходимо изъять из медицинского учреждения. Список документов довольно обширный, поскольку медицинская документация начинает вестись с момента постановки беременной женщины на учёт и до момента выписки её и новорожденного из родильного дома.

В случае летального исхода составляется акт патологоанатомического вскрытия, заключение ведомственной экспертной комиссии о качестве оказания медицинской помощи при родовспоможении, выносится решение лечебно-контрольной комиссии;

Кроме того, помощь специалиста необходима при ознакомлении с медицинской документацией, в которой отражен врачебный процесс, осуществленный в интересах пациента, с целью установления: была ли ему оказана необходимая и показанная МП; были ли адекватными действия медиков, а именно: оказана ли была помощь своевременно, обоснованно, в достаточном объеме, с оптимальным использованием ресурсов медицинского учреждения или регионального здравоохранения, с соблюдением мер предосторожности (внимательно и заботливо) и был, ли достигнут максимально возможный результат (сохранение жизни, восстановление здоровья, улучшения качества жизни); соответствовали ли действия лечащего или дежурного врача либо врача, выполнявшего медицинское мероприятие федеральному законодательству и соответствующим служебным положениям и инструкциям, медицинским технологическим стандартам и другим нормативным актам, регламентирующим процесс оказания МП[[37]](#footnote-37).

Под дефектом оказания медицинской помощи понимается разница между тем, как должна была оказываться медицинская помощь, и как она оказывалась на самом деле.

Следователь, не обладая специальными медицинскими знаниями в области акушерства и гинекологии, не сможет самостоятельно обнаружить ятрогенный дефект, поэтому помощь специалиста в данном случае необходима.

Специалист должен оценить обоснованность и адекватность выбранной тактики ведения беременности и родов, соответствие оказанной медицинской помощи установленным стандартам оказания медицинской помощи, и лучше всего для следствия, если в качестве специалиста будет выступать опытный врач акушер-гинеколог.

Специалист оказывает содействие следствию или дознанию при организации выемки медицинских документов, обозначая список документов, которые могут содержать доказательства по уголовному делу, а также помогает выяснить предполагаемые места хранения необходимой медицинской документации.

Как ранее указывалось, следователя или дознавателя в первую очередь должна интересовать производственная медицинская документация, поскольку в ней фиксируется весь врачебный процесс, данные о пациенте и результаты исследований.

Вопросы, которые необходимо поставить перед специалистом при выемке и осмотре медицинских документов:

1. В какой медицинской документации содержится информация об оказанной медицинской помощи беременной/роженице?
2. Где находится данная медицинская документация?
3. Является ли эта документация исчерпывающей и достаточной в своей информативности?
4. Верно ли оформлена медицинская документация?
5. Имеются ли в ней исправления, корректировки или подчистки, которые могут свидетельствовать о возможной фальсификации документа?
6. Соответствует ли содержание документов нормативно-правовым актам, регулирующим медицинскую деятельность, а также установленным стандартам оказания медицинской помощи в акушерстве и гинекологии?

Однако, это далеко не исчерпывающий список вопросов, которые могут быть поставлены перед специалистом, поскольку в ходе проведения следственных действий могут появиться дополнительные вопросы относительно специфики врачебного процесса.

Кроме того, помощь специалиста в области акушерства и гинекологии важна для подготовки назначения судебно-медицинской экспертизы. Специалист совместно со следователем или дознавателем формулирует вопросы, которые необходимо поставить перед экспертом, поскольку последние не имеют медицинского образования, не имеют знаний по специфике ведения беременности и родов, что может привести к неверной постановке вопросов перед экспертом.

Таким образом, участиеспециалиста необходимо при планировании расследования и подготовки определённых следственных действий. Как уже отмечалось выше, специалист привлекается для следующих следственных действий: выемка и осмотр медицинской документации, допрос подозреваемого и свидетелей (работников медицинских учреждений) Специалист по окончанию его участия в следственных действия составляет своё заключение, кроме того, допрос специалиста помогает следствию получить информацию о врачебном процессе родовспоможения, а также сведения относительно факта ненадлежащего оказания медицинской помощи. Вместе с тем, после получения результатов судебно-медицинской экспертизы специалист может давать разъяснения по содержанию заключения, оценить его с точки зрения полноты, достоверности и обоснованности.

Согласно ст.58 УПК РФ специалист – это лицо, обладающее специальными знаниями, которое привлекается к участию в следственных действиях для оказания содействия следователю. Согласно ч.1 ст.80 УПК РФ заключение специалист – это представленные в письменном виде содержание исследований и выводы по вопросам, поставленным перед экспертом лицом, ведущим производство по уголовному делу и сторонами.

Согласно ч.2 ст.80 УПК РФ показания специалиста – это сведения, сообщенные им при допросе, проведенном после получения заключения, в целях разъяснения или уточнения данного им заключения.

*У*частие специалиста может помочь следователю реализовать такое правило производства следственных действий, как возможность применения технических средств и способов обнаружения, фиксации и изъятия следов преступления и вещественных доказательств[[38]](#footnote-38).

Заключение специалиста может быть получено на разных стадиях уголовного производства.

1. До возбуждения уголовного дела по результатам предварительной проверки, результаты которой являются основанием для возбуждения уголовного дела или для отказа в возбуждении уголовного дела;
2. На стадии предварительного расследования стороной обвинения или защиты по вопросам, решение которых возможно с использованием специальных знаний.
3. На стадии судебного разбирательства для получения разъяснения по вопросам в области специальных знаний.

Заключение специалиста в отличие от заключения эксперта не имеет четкой процессуальной формы, которая бы обеспечивала его допустимость. Заключение должно содержать помимо ответов на поставленные следователем или дознавателем вопросы, анкетные данные специалиста, которые позволяют оценить его компетентность. Следователь должен разъяснить специалисту его права и ответственность в соответствии со ст. 58 УПК. В отличие от эксперта специалист не предупреждается об ответственности за дачу заведомо ложного заключения.

В.Ф. Статкус отмечал, что «во всех случаях, когда для установления конкретных обстоятельств дела необходимы специальные познания в расследовании ятрогенных преступлений, следует решать вопрос, требуется ли проведение экспертизы или эти обстоятельства могут быть выяснены путем привлечения к участию в судебном разбирательстве соответствующего специалиста»[[39]](#footnote-39).

Кроме того, стоит обратить внимание на позицию В.М. Быкова и Т.Ю. Ситниковой, которые указывают, что, «пригласив специалиста и поставив пред ним ряд вопросов, следователь предоставляет ему возможность осмотреть предмет или документ и высказать о них свое мнение, которое должно быть оформлено в виде заключения специалиста. Специалист, как правило, ограничивается осмотром представленных ему объектов, а свои специальные знания использует не для исследования, а только для оценки представленных объектов»[[40]](#footnote-40).

Этой же позиции придерживается и Е.Р. Россинская, которая пишет, что «в отличие от эксперта, специалист не проводит исследования материальных объектов. Заключение специалиста представляет собой письменную консультацию по вопросам, входящих в его компетенцию, представленное в письменном виде суждение по вопросам, поставленным перед специалистом сторонами»[[41]](#footnote-41).

Следователю или дознавателю стоит учитывать, что заключение специалиста подразумевает под собой его субъективное суждение, основанное на его знаниях. Исходя из того, что «законодатель, определив заключение специалиста как суждение, не содержит требований к его структуре и содержанию. Данное обстоятельство может привести к тому, что заключение специалиста будет содержать только вывод без его обоснования»[[42]](#footnote-42).

Таким образом, роль специалиста сводится лишь к содействию органам расследования, поскольку специалист в отличие от экспертов не проводит каких-либо специальных исследований.

Вместе с тем соглашусь с позицией Л.Т. Ульяновой, которая отмечает, что «сопоставляя заключение эксперта и заключение специалиста, нельзя преуменьшать или преувеличивать их значение. Каждый из видов доказательств отличается друг от и не имеет установленной схемы»[[43]](#footnote-43).

**§ 2. Судебно-медицинская экспертиза и оценка выводов эксперта**

Для привлечения к уголовной ответственности медицинских работников за ятрогенные преступления в области акушерства и гинекологии назначается комиссионная экспертиза. Чаще всего экспертную комиссию возглавляет начальник бюро судебно-медицинской экспертизы. Вместе с тем, характер экспертизы определяет следователь/дознаватель либо руководитель экспертного учреждения, которому поручено производство судебной экспертизы. По итогам проведенной экспертизы составляется заключение, но только при условии совпадения мнений экспертов. В случае противоречия позиций экспертов, каждый из них дает отдельное заключение относительно вопросов, которые вызвали разногласие.

Существует несколько значимых проблем при назначении органами расследования судебной экспертизы. Одна из основных – это так называемая медицинская корпоративность, не позволяющая свидетельствовать против своих коллег. В.Н.Флоря отмечает : "В Российской Федерации также убедились в недостаточной объективности ведомственной судебно-медицинской экспертизы... В Пермской области России, например, нашли выход в том, что суды поручают проведение судмедэкспертиз не местным бюро СМЭ, а судебно-экспертным учреждениям федерального подчинения. В результате в этой области пациенты выиграли 80 процентов дел по искам к медицинским учреждениям...»[[44]](#footnote-44).

Вторая проблема – отсутствие независимых экспертиз. Поскольку все бюро судебно-медицинских экспертиз напрямую подчиняются департаментам здравоохранения, вновь рождается проблема корпоративности.

В качестве третьей основной проблемы можно выделить увеличение сроков расследования в связи со сроками проведения судебно-медицинской экспертизы.

Все эти проблемы необходимо решать на законодательном уровне, чтобы у сторон уголовного процесса не возникало сомнений в достоверности и обоснованности результатов судебно-медицинской экспертизы.

Стоит отметить, что на практике заключение эксперта занимает ведущее место в система доказательств, собираемых по уголовному делу [[45]](#footnote-45).

Согласно ст.58 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская экспертиза необходима для установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья пациента. Судебно-медицинские эксперты должны сделать выводы о соответствии оказанной медицинской помощи стандартам оказания медицинской помощи в области акушерства и гинекологии, а также выводы о состоянии здоровья беременной/роженицы и плода/новорожденного. Вместе с тем Тихомиров А.В. отмечает, что эксперты не должны отвечать на вопросы о виновности врача, его ответственности[[46]](#footnote-46).

Следователю/дознавателю при назначении экспертизы необходимо определить, для каких целей она назначается, а также получить информацию о методах проведения экспертного исследования. Очень важно сформулировать четкие, емкие и корректные вопросы для экспертной комиссии, на основе ответов на которые будет составлено заключение. Кроме того, следователь должен решить какая медицинская документация должна быть направлена на судебно-медицинскую экспертизу и как оценивать заключение судебно-медицинской экспертизы.

Правильно составленная шкала оценки экспертного исследования особенно в отношении 3-х руководящих принципов (знание, необходимость, польза) позволяет судить об объективности выводов эксперта.

Шкала оценки экспертного заключения должна включать в себя следующие положения, подлежащие изучению и проверке:

- соблюдение требований закона, регламентирующих проведение экспертизы;

- подлинность и достаточность объектов исследования;

- научная обоснованность экспертной методики и правомерность её применения;

- полнота исследования и его описания;

- логическая последовательность исследования и обоснованность выводов[[47]](#footnote-47).

Необходимо отметить особенности проведения судебно-медицинских экспертиз медицинской деятельности в родовспоможении. С одной стороны, наблюдается рост проводимых судебно-медицинских экспертиз (в том числе комплексных и комиссионных) при расследовании уголовных дел о неосторожных преступлениях, совершенных при родовспоможении. Однако с другой стороны, отсутствует обобщение судебно-медицинской практики неблагоприятных последствий, соответственно по этой причине отсутствует эмпирический материал для исследования ятрогенных преступлений, совершенных при родовспоможении.

При выполнении работы нами проведен анализ судебно-медицинских экспертиз, связанных с дефектами оказания медицинской помощи при родовспоможении. Анализировался материал из отдела сложных экспертиз СПб ГБУЗ Бюро Судебно-Медицинской экспертизы Санкт-Петербурга. Исследовался период с 2008 года по 2014 год. Из числа экспертиз выбирались экспертизы, в которых оценивалась правомерность действий медицинского персонала. В ходе исследования установлено, что нарушения допускались как на стадии амбулаторного ведения родов, так и в после родовой детальности. Таким образом, зафиксированы нарушения на всех стадиях врачебного процесса.

Для объективной оценки заключения судебно-медицинских экспертов можно выделить следующие аспекты: оценка личности эксперта, оценка результата экспертного исследования.

Личность эксперта оценивается с учетом его образования, специализации и квалификации, компетенция и опыта работы. Следователь или дознаватель должен проверить, есть ли основания не доверять эксперту, имеется ли у него связь с какой-нибудь из сторон. И вновь стоит иметь в виду, что в медицине имеется корпоративность, не позволяющая давать объективные заключения и свидетельствовать против коллег. Выход из сложившейся ситуации большинство исследователей видят в том, чтобы разорвать «круговую поруку», например, назначив проведение экспертизы в судебно-медицинском учреждении другого субъекта федерации[[48]](#footnote-48).

В некоторых ситуациях эксперты выходят за рамки поставленных вопросов и пытаются включить в состав выводов суждения, имеющие юридическое значение, например, о наличии или отсутствии вины медицинского работника, наличии причинной связи между его действиями и наступившим неблагоприятным последствием. Такие суждения высказываться экспертами не должны[[49]](#footnote-49).

При определении списка медицинской документации, которая должна быть направлена на исследование экспертам, необходимо помнить, что важное значение с точки зрения информативности имеют протоколов допроса свидетелей, потерпевшего и подозреваемого в качестве объектов СМЭ медицинской деятельности[[50]](#footnote-50).

Основные недостатки заключений судебно-медицинских экспертиз объясняются нарушениями основных законов логики. На практике сложилась тенденция, что эксперты составляют свои заключения по схеме «вопрос-ответ», что создает почву для совершения логических ошибок. В своей деятельности эксперты нарушают четыре основных закона формальной логики: тождества, не противоречия, исключенного третьего и достаточного основания[[51]](#footnote-51).

Эти законы призваны обеспечить правильность мышления, в частности его определённость, последовательность и обоснованность.

Закон тождества – первый из основных законов логики. Он требует, чтобы всякая мысль, сколько б она не повторялась в процессе рассуждения, употреблялась бы в определенном значении и оставалась в тождественной самой себе[[52]](#footnote-52).

Закон тожества может быть нарушен при употреблении одних и тех же понятий в различных значениях. Кроме того, эксперты при составлении заключений могут подменять понятия, смешивая между собой различную терминологию.

Закон противоречия гласит: противоречащие друг другу мысли не могут быть одновременно истинными, по меньше мере, одна из них ложна, по больше мере – обе ложны[[53]](#footnote-53).

*Беременная С. имела многоплодную беременность, данный факт установлен после проведения УЗИ. 28.11.2008 года роженица поступила в родовое отделение на сроке 29 недель. В 19 часов 50 минут она была осмотрена совместно с заведующим отделением. Состояние при поступлении удовлетворительное. Зафиксировано ягодичное предлежание 1 и 2 плода, 3 плод расположен поперечно. Произведено влагалищное исследование. Роженица относилась к группе риска – 36 лет, первородящая, было зафиксировано длительное вторичное бесплодие. 28.11.2008 года около 21 часов роженице С. была сделана операция кесарево сечения, родилось трое детей: два мальчика и одна девочка. В течении двух дней после родов все трое скончались. В ходе судебного следствия была назначена комплексная судебно-медицинская экспертиза.*

*В ходе судебно-медицинской экспертизы установлено, что у беременной С. имелся отягощенный акушерский анамнез (медицинский аборт на ранее сроке беременности), хронический аднексит, кольпит, беременность тройней после 16 лет бесплодия, признаки гипоплазии матки 1 степени, истмико-цереикальная недостаточность. Эксперты отвечая, на вопрос «Имелись ли у С. заболевания, которые могли повлиять не течение беременности и развитие плодов?» изначально дали следующий ответ «перечисленные факторы способствуют невынашиванию (прерыванию беременности на сроках до 22 недель) и недонашиванию беременности (наступление родов на сроках до 37 недель), кроме того, могут повлиять на возникновение пороков у новорожденных». Вместе с тем, на вопрос «Какое влияние на течение беременности, возникновение врожденных пороков развития новорожденных детей могли оказать данные заболевания?» эксперты указывают, что факторы имеющиеся в анамнезе у роженицы не могли повлиять на возникновение (формирование) пороков развития у новорождённых. Ответы на данные вопросы содержат абсолютно противоположные суждения, что свидетельствует о нарушении закона противоречия.*

Закон исключенного третьего подразумевает под собой, что из двух противоречащих мыслей истинна только одна, и если одна из противоречащих мыслей истинна, то другая обязательно ложна, и наоборот. Закон исключенного третьего относится к мыслям, одна из которых что-то утверждает, а другая это же самое отрицает относительно единичного предмета[[54]](#footnote-54).

При вынесении заключения эксперты отвечают на поставленные перед ними вопросы. Зачастую при ответе на похожие вопросы эксперты могут давать абсолютно разные ответы.

*Роженица Н. поступила в родовое отделение 27.10.2014г. Врачами была выбрана тактика ведения родов через естественные родовые пути. Данная тактика была оправдана состоянием роженицы и внутриутробного плода, поскольку роженица и плод здоровы, каких-либо отклонений не установлено. В последствии у новорожденной зафиксировано повреждение левого верхнего первичного пучка плечевого сплетения, что привело к ограничению движения левой руки у новорожденной.*

*На вопрос: «Имели ли место дефекты оказания медицинской помощи?» экспертами был дан ответ, что у новорожденной зафиксирована родовая травма в связи со осложненным прохождением ребенка по родовым путям. Вместе с тем эксперты в ответе на этот же вопрос, подтверждая отсутствие дефекта оказания медицинской акушерской помощи, указывают, что в медицинской документации отсутствуют данные о затруднении выведения головки из родовых путей, а период потуг прошел довольно быстро, в течении 10 минут.*

*Таким образом, эксперты дали противоречивое заключение относительно отсутствия или наличия затруднений прохождения плода по родовым путям, следовательно нарушили закон исключенного третьего, поскольку либо прохождение плода через родовые пути было затруднено, либо нет.*

Закон достаточного основания, как принято считать в науке, был введён в логику Лейбницем: «…аксиома, что ничего не бывает без основания, должна считаться одной из самых важных и плодотворных аксиом во всем человеческом познании; на ней основывается большая часть метафизики, физики, нравственного учения, и без нее нельзя ни доказать существование Бога из творений, ни построить доказательство от причин к следствиям или от следствий к причинам, ни сделать какие-либо выводы в делах гражданских»[[55]](#footnote-55).

Мысль может быть признана истинной, только если для этого есть достаточные основания. Основываясь на этом законе можно сделать вывод о том, что человек, в данном случае эксперт, несет ответственность не только за то, что он утверждает, но и за то, для утверждения чего его собственные утверждения используются как достаточные и обоснованные.

Закон достаточного основания отображает прежде всего познавательные процедуры, направленные на обнаружение причинно-следственных связей[[56]](#footnote-56).

Закон достаточного основания может быть нарушен в двух случаях при неверной аргументации выводов эксперта либо при отсутствии и недостаточности аргументации в выводах экспертов.

*Например, у новорожденной Н. зафиксирована травма верхнего пучка плечевого сплетения, которая в свою очередь привела к полному обездвиживанию руки у новорожденной. Эксперты дали заключение, в котором указали, что имеет место быть родовая травма, а также не исключили, что данная травма может быть обусловлена поражением спинного мозга плода при протекании беременности с гестозом (в данном случае у беременной был токсикоз), что способствует снижению устойчивости нервной ткани плода к воздействию неблагоприятных факторов во время беременности и родов.*

*Однако, эксперты указывают, что развитие пареза Эрба нельзя считать дефектом оказания медицинской помощи, поскольку представленная медицинская документация не позволяет экспертам усмотреть нарушения. А также указывают, что в представленной медицинской документации отсутствуют сведения о наличии у плода клинических признаков пареза.*

*Таким образом, эксперты неоднозначно аргументировали свои выводы, и кроме того, сослались на недостаточность данных, имеющихся в медицинской документации. Однако, не смотря на это, дали однозначное заключение об отсутствии причинно-следственных связей между патологией новорожденной и ведением беременности и родов.*

Однако, как уже отмечалось ранее дефекты в экспертных заключениях могут вызваны не только нарушениями законов логики, но соблюдением принципа корпоративности, проявлением лояльности к коллегам – медицинским работникам, либо под давлением медицинского сообщества. Поэтому оценка заключений судебно-медицинских экспертов должна происходить только в совокупности с другими доказательствами по уголовному делу.

Кроме того, эксперты могут намеренно употреблять исключительно специфическую медицинскую терминологию, что затрудняет понимание обоснованности выводов экспертов. Этот «прием» используется для сокрытия необъективной аргументации невиновности субъекта – медицинского работника. Однако, стоит обратить внимание на то, что квалифицированный и опытный эксперт должен обладать достаточными знаниями, чтобы в понятной и доступной в форме, либо с расшифровкой медицинской терминологии изложить своё заключение, для того, чтобы участники процесса, не обладающие специальными знаниями в области акушерства и гинекологии.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что для исследования обстоятельств преступления необходимо привлечение специалиста, обладающего специальными знаниями в области акушерства и гинекологии. Также стоит отметить, что заключение эксперта по уголовно-процессуальному закону не является основным доказательством по уголовному делу, хотя на практике органы следствия и дознания воспринимают заключение эксперта именно таковым, упуская тот факт, что оценку заключения эксперта необходимо проводить в комплексе с иными имеющимися доказательствами по уголовному делу. Именно такой подход к оценке заключения судебно-медицинских экспертиз представляется наиболее верным и позволяет избежать необоснованных решений по делу, поскольку основной массив уголовных дел прекращается на основании заключений судебно-медицинских экспертиз, в которых сделан вывод об отсутствии причинно-следственной связи между неосторожными действиями медицинских работников и наступившими неблагоприятными последствиями.

**Заключение**

В настоящее время совершение неосторожных преступлений при родовспоможении одно из часто совершаемых ятрогенных преступлений.

Расследование подобных случаев имеет ряд сложностей, которые связаны с особенностью данной области медицины.

Исходя из криминалистического анализа можно сделать вывод о существовании нескольких проблем. При расследовании данного вида преступлений, во-первых, необходимо учитывать разграничение функций и профессиональных обязанностей медицинских работников, осуществляющих свою деятельностью в области родовспоможения. Во-вторых, состояние беременности и процесс родов – это наличие тесной связи между женщиной и будущим ребенком, соответственно всё, что с ней происходит, так или иначе отражается на плоде. В-третьих, особое внимание нужно уделять дефектам, которые были выявлены при оказании медицинской помощи, опираясь на правила (стандарты) оказания медицинской помощи при родовспоможении. В-четвертых, обязательно должна быть проведена судебно-медицинская экспертиза, в состав комиссии которой будут входить все необходимые специалисты. В-пятых, необходимо установить наличие причинно-следственной связи между действиями (бездействием) медицинского работника и наступившими негативными последствиями. При этом процесс определения субъекта и этапа, на котором был допущен дефект, достаточно сложный и трудоёмкий. И наконец, стоит учитывать индивидуальные особенности пациенток, так как не всегда деятельность медицинских работников приводит к неблагоприятным исходам.

Привлечение специалиста и эксперта также создает ряд проблем. Во-первых, на этапе выбора специалиста и эксперта необходимо подобрать человека, обладающего необходимой квалификацией, опытом, который бы обладал знаниями в области акушерства и гинекологии, и имел представления обо всех тонкостях родовспомогательной деятельности. Во-вторых, необходимо принимать во внимание наличие корпоративности в медицинском сообществе, что приводит к необъективности и недостоверности показаний, сведений и выводов.

При расследовании преступлений, совершенных при родовспоможении следователь/дознаватель должен учитывать, что в качестве подозреваемого/ обвиняемого выступает медицинский работник. Соответственно, следователь или дознаватель должен собрать как можно данных о личности субъекта, в том числе о профессиональных и поведенческих особенностях, проанализировать его взаимоотношения с пациентами и соблюдение им профессиональной этики.

Также стоит отметить, что в настоящее время отсутствует единообразие нормативных актов в области акушерства и гинекологии.

Стандарты оказания медицинской помощи и установленный порядок оказания медицинской помощи охватывают лишь часть заболеваний и возможных неблагоприятных последствий, поскольку каждая беременная женщина обладает только ей свойственными признаками, при этом, возможно, имея определённый ряд заболеваний. Кроме того, на фоне смены гормонального фона организм каждой конкретной взятой беременной женщины может по-разному реагировать на различные медицинские мероприятия и различные методы лечения, что говорить об уникальности каждой конкретной беременной, роженицы и родильницы. Предсказать заранее, какие именно осложнения, и какие именно особенности течения беременности и родов могут возникнуть в каждом конкретном случае, практически невозможно. Поскольку, как отмечалось ранее, акушерство – это единственная область в медицине, которая отвечает за жизнь двух людей одновременно.

В настоящей работе была предложена информационную модель ятрогенных преступлений в области ненадлежащего оказания родовспомогательной помощи как отдельной категории преступлений для того, чтобы подчеркнуть необходимость формирования единого подхода к их расследованию, а также обобщения и анализа практики судебно-медицинской экспертной деятельности. Автором были обобщены организационно-тактические особенности производства наиболее эффективных при расследовании неосторожных преступлений, совершенных при родовспоможении, следственных действий.

Кроме того, было исследовано использование специальных знаний при расследовании неосторожных преступлений, совершенных при родовспоможении, проанализированы нарушения заключений судебно-медицинских экспертиз.

Поскольку одной из основных задач криминалистики является разработка и усовершенствование средств и методологии предупреждения преступлений, в данной работе были затронуты только общие особенности уголовного преследования в отношении неосторожных преступлений, совершенных при родовспоможении.

Вместе с тем, главная цель настоящего исследования была достигнута. Автором изучена криминалистическая характеристика неосторожных преступлений, совершенных при родовспоможении, предложена методика её рассмотрения, проанализированы следственные действия, составляющие основу расследования неосторожных преступлений, совершенных при родовспоможении, предложен примерный план допроса различных участников уголовного процесса, определен примерный список документации, которую необходимо изымать из медицинских документов, а также рассмотрен вопрос применения и использования специальных медицинских знаний при формировании доказательственной базы при расследовании неосторожных преступлений, совершенных при родовспоможении, проанализирован ряд судебно-медицинских экспертиз, на основе которых продемонстрирована методика обнаружения недостатков в их проведении.

В конце работы автор составил приложения, в виде сводной таблицы разбора судебно-медицинских экспертиз, а также программа установления элементов преступления.

**Список использованной литературы**:

***Законы и иные нормативно-правовые акты***

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993г.)// Российская газета, №2, от 11.01.2007
2. "Уголовный кодекс Российской Федерации" от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 07.03.2017) (с изм. и доп., вступ. в силу с 30.03.2017)// СПС «КонсультантПлюс»
3. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 №174-ФЗ
4. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017)// СПС «КонсультантПлюс»
5. Федеральный закон от 31.05.2001 №73-ФЗ (ред.) «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс»
6. Приказ Минздрава России от 28.12.2000 N 457 "О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей"// СПС «КонсультантПлюс»
7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» // СПС «КонсультантПлюс»
8. Приказ Минздрава СССР от 12 июня 1986г. №848 «Об утверждении методических документов по определению понятий, относящихся к перинатальному периоду, и по ведению первичной медицинской документации в учреждениях родовспоможения» ( с изменениями и дополнениями)// СПС «Гарант»
9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 2 октября 2009 г. № 808н "Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи"// СПС «КонсультантПлюс»
10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 ноября 2012 г.№ 583н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при родоразрешении посредством кесарева сечения" // СПС «КонсультантПлюс»
11. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 10 февраля 2003 года №50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях» // СПС «КонсультантПлюс»
12. Информационное письмо Министерства Здравоохранения РФ от 26.11.2002г. №2510/11869-02-32 «Ведение беременности и родов у женщин с анатомически узким тазом» // СПС «Гарант»

**Специальная литература**

***Книги***

1. Айламазян Э.К. Акушерство: учебник.- СПб: «СпецЛит», 2014.-554 с.
2. Акушерство. Национальное руководство./ Под ред. Э.К. Айламазян, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского.- «ГОЭТАР -Медиа», 2009.- 1200 с.
3. Акушерство: учебник для вузов / Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. - М. 2009. - 656 c.
4. Акушерство. Клинические лекции : учебное пособие / Под ред. проф. О.В. Макарова. - 2007. - 640 с.
5. Вермель И.Г. Вопросы логики в судебно-медицинских заключениях: по делам о правильности медицинских работников. – М.:Медицины,1974.- 64с.
6. Зинин А.М. Криминалист в следственных действиях: Учебно-практическое пособие. – М.: Право и Закон, 2004. -141с.
7. Криминалистика/ Под ред. Т.А. Седовой, А.А. Эксархопуло.- СПб.: Издательство Лань,2001. – 928с.
8. Лейбниц Г.В. Об основных аксиомах познания// Лейбниц Г.В. Соч. В 4 т. – М.: Мысль, 1984. – 734с.
9. Логика: учебник/ С.С. Гесев, Э.Ф. Караваев, Г.В. Карпов (и др.) под ред. А.И. Мигунова, И.Б. Микиртумова, Б.И. Фёдорова. – М.: Проспект, 2011. – 675с.
10. Лузанова И.М. Ненадлежащее оказание помощи в акушерской практике (медико-правовые аспекты проблемы): автореф. на соиск. канд. мед. наук. – Москва,2007. – 10с.
11. Настольная книга следователя /Рук. авт. кол. Н.П. Дудин; отв. ред. О.Н. Коршунова, В.С. Щадрин. – СПб.: Издательство Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2008.
12. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Лисицын Ю.П. - 2-е изд. - 2010. - 512 с
13. Пристансков В.Д. Криминалистическая теория расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи. СПб, 2007. – 376 с.
14. Пристансков В.Д. Особенности расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи: Учебное пособие. СПб.: Санкт-Петербургский юридический институт Генеральной прокуратуры РФ. 2007. – 60 с.
15. Пристансков В.Д. Ятрогенные преступления: понятие, подходы к исследованию. СПб., 2006. – 75 с.
16. Сердюков М.Г. Судебная гинекология и судебное акушерство.- М.,1964. – 294с.
17. Тихомиров А.В. Медицинское право: Практ. пособие. М., 1998. – 418с.
18. Уголовный процесс России. Учебник. [В 2ч.]/Под ред. В.З.Лукашевича. СПб.: Издательский дом СПбГУ, 2004-2005. -447с.; 702с.
19. Эйсман А.А. Заключение эксперта. Структура и научное обоснование. – М.: Юрид.лит., 1967. – 152с.

***Статьи***

1. Алгоритм экспертного анализа случаев неблагоприятного исхода в акушерской практике/ Ю.Д. Сергеев, И.М. Лузанова // «Медицинское право». – 2007. - №3. – С.36-38.
2. Битеев В., Мазин П., Пономарев Г. Крайняя необходимость и обоснованный риск в медицинских отношениях/ В.Битеев, П. Мазин, Г. Пономарев. // «Уголовное право». – 2007. - №3. – С.22-34.
3. Багмет А.М., Петрова Т.Н. О необходимости включения в Уголовный кодекс Российской Федерации ятрогенных преступлений // "Российский следователь".- 2016.- №7.-С. 27-32.
4. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О. Изучение неблагоприятных исходов в акушерско-гинекологической практике // "Медицинское право". – 2012.- № 6- С.44-48.
5. Габай П.Г. Проблемы квалификации деяний медицинских работников, приведших к интранатальной гибели плода человека // «Российский Следователь».- 2016.- № 21 - С. 11-15.
6. Галюкова М.И. Профессиональные преступления медицинских работников: современное состояние проблемы//Проблемы борьбы с отдельными видами преступлений: Криминологический Журнал ОГУЭП. 2007. – с.39.
7. Ившин И. В. Обстоятельства, исключающие преступность деяния в сфере профессиональной медицинской деятельности // «Медицинское право». - 2006. - №1. – С.33-38
8. Кошелева И.С. Медицинская документация как объект исследования при расследовании уголовных дел в отношении медицинских работников // «Российский следователь». – 2010. - №4. – С.4-6.
9. Мингалева Н.В., Иголкина М.Н., Мингалева Е.А. Права и обязанности беременных женщин по вынашиванию ребенка: к вопросу об информированном согласии обязательства женщины соблюдать рекомендации врача // «Социальное и пенсионное право». – 2013.- № 4.-С. 22-27.
10. Муженская Н.Е. Правовые основы организации и проведения судебной экспертизы: состояние, проблемы, перспективы развития// «Юридическая наука и правоохранительная практика». - 2013. - №4. - С.91-97
11. Петрова Т.Н. Преступления медицинских работников в сфере родовспоможения: проблемы досудебного производства // "Медицинское право".- 2017.- №1- С.32-36.
12. Пристансков В.Д. Особенности поддержания государственного обвинения по делам о преступных ятрогениях // Руководство для государственных обвинителей. СПб. - 2003. - С.118-147.
13. Пристансков В.Д. Проблемы выявления неосторожных преступлений в медицине. // Проблемы прокурорской и следственной деятельности в сфере борьбы с преступностью в современных условиях. Международная научно-практическая конференция 5-6 июля 1996 г.: Тезисы выступлений. СПб.,1995. С.179-180.
14. Саранцев К. А. Медицинский риск как разновидность обоснованного риска и особенности его оценки при расследовании преступно-ненадлежащего оказания медицинской помощи // «Российский следователь». – 2013. - №3. – С.10-12
15. Сергеев Ю.Д., Лузанова И.М. Судебно-медицинская экспертиза по фактам неблагоприятных исходов в акушерской практике // "Российский судья". – 2006. - № 10 –С. 37-39.
16. Статкус В.Ф. О функциях, правах и обязанностях специалиста в уголовном процессе // Вестник криминалистики. Вып. № 15. – М., 2005. – С. 58.
17. Суханова Л.П. Статистика родовспоможения в России: тенденции, проблемы, пути совершенствования. 2009. № 2. http: // vestnik.mednet. ru content / view /125/30 (Дата обращения: 1.04.2017)
18. Суханова Л.П. Статистика службы родовспоможения в России http: // www. mednet. ru (Дата обращения: 1.04.2017)
19. Флоря В.Н. Рецензия на монографию члена-корреспондента РАМН, профессора Ю.Д. Сергеева и кандидата медицинских наук Ю.В. Бисюка «Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (экспертно-правовые аспекты). Научно-практическое руководство»// «Медицинское право». - 2008. - №3.- С. 47
20. Шапиро Л.Г. Актуальные проблемы участия специалиста в уголовном судопроизводстве // Южно-уральские криминалистические чтения: Сборник материалов международной научно-практической конференции, посвященной 90-летию со дня рождения профессора Л.Л. Каневского: Выпуск 12 / Под ред. И.А. Макаренко. – Уфа, 2014. –С. 169.

***Диссертации и авторефераты***

1. Пристансков В.Д. Теоретические и методологические проблемы расследования ятрогенных преступлений : Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата юридических наук/ Пристансков В.Д. – СПб., 2000- 122 с.

**Приложение №1. Общая (краткая) программа установления и исследований системных элементов обстоятельств события ятрогенного преступления, обусловленного неадекватным оказанием медицинской помощи**

Формула ятрогенного преступления отражается в следующем виде:

**Преступная Ятрогения→ [ Субъект (медицинский работник) ∙ Пациент ∙ Врачебный Процесс ∙ (Нарушение Правил оказания МП→ Ятрогенный Дефект → Ятрогения → Неблагоприятных исход) ∙ Место ∙ Время]↔ Обстановка**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Название элемента** | **Что необходимо установить?** | **Необходимые следственные мероприятия** |
| Субъект | * Образование * Специализация * Квалификация * Установление наличия трудовых отношений с медицинской организацией * Определение профессиональной компетенции согласно должностной инструкции * Профессиональные навыки * Опыт работы * Поведенческие особенности личности (умение общаться с пациентами, умения общаться с коллегами с точки зрения профессиональной этики, внимательность и аккуратность при заполнении медицинской документации, склонность к употреблению алкоголя, запрещенных к обороту в Российской Федерации веществ, устойчивость к стрессовым ситуациям, возраст) | * Допрос субъекта * Допрос потерпевшего * Допрос коллег (с целью установления профессиональной компетенции, уровень соблюдения профессиональной этики, соблюдение стандартов оказания медицинской помощи, поведенческих особенностей личности) * Допрос пациентов (с целью установить уровень профессиональной коммуникации с пациентами, компетентность) * Допрос близких родственников и знакомых (с целью установления поведенческих особенности личности) * Выемка и осмотр документов об образовании, квалификации, специализации, документов, подтверждающих прохождение аттестации, трудовой книжки, трудового договора, должностной инструкции, приказов, распоряжений * Осмотр места происшествия (рабочего места) * Получение характеристики с места работы * Привлечение специалиста для составления вопросов для допроса |
| **Пациент** | **•** Физиологические особенности (узкий таз, деформации, наличие оперативных вмешательств на половые органы ранее)  • Относимость к группе риска (возраст, наличие заболеваний, аллергий, наследственность, прием лекарственных препаратов, наличие ожирения или анорексии, употребление алкоголя, табачных изделий, запрещенных к обороту в Российской Федерации веществ). Кроме того, в данной категории необходимо учитывать относится ли беременная к категории первородящих до 18 лет или старше 30 лет.  • Осуществление самолечения  • Поведенческие особенности (соблюдение предписаний врача, частота посещения медицинского учреждения, отношение к беременности)  • Условия быта и труда (проживание в ненадлежащих условиях, проживание совместно с людьми, имеющими тяжелые хронические заболевания, работа в тяжелых условиях) | * Допрос потерпевшего или представителя потерпевшего * Допрос подозреваемого/обвиняемого * Допрос работников медицинского учреждения (каковы особенности течения беременности, поступила ли роженица в плановом или экстренном порядке, какова выбранная тактика и техника ведения родов, имелись ли патологии у плода, имелись ли у роженицы хронические или сопутствующие заболевания, относилась ли роженица к группам риска, какие медицинские мероприятия проводились, вводились ли препараты для ослабления или усиления родовой деятельности, что явилось причиной дефекта медицинской помощи, можно ли было избежать неблагоприятного исхода) * Допрос членов семьи и знакомых (какие диагностические и лечебные мероприятия проводились, были ли жалобы, установление поведенческих особенностей личности, отношение к предписаниям врачей, отношение медицинского персонала к ней) * Допрос соседей по палате (на предмет состояния здоровья, какие диагнозы ей ставились, как проводилось родоразрешение, какие жалобы высказывала роженицы, какие внешние признаки проявлялись, какие медицинские мероприятия ей проводились, каково было отношение медицинского персонала к ней) * Получение характеристики с места работы * Получение социальной характеристики * Назначение судебно-медицинской экспертизы |
| **Процесс оказания медицинской помощи** | На этапе амбулаторного ведения беременности необходимо оценить:  • Полнота сбора анамнеза пациента  • Непосредственное исследование врачом акушером-гинекологом  • Диагностика беременности  • Инструментальные исследования  • Лабораторные исследования  • Консультации специалистов  • Оценка симптомов  • При необходимости постановка клинического диагноза  • Выбор вида лечения  • Проведение лечения  • Контроль эффективности и оценка результативности  • Осуществление профилактических мер  • Ведение медицинской документации  На этапе стационарного ведения беременности и родов необходимо оценить:  • Соблюдение санитарно-эпидемиологических норм  • Определения отделения для осуществления родовой деятельности  • Обоснованность выбора места ведения родовой деятельности  • Своевременность размещения  • Адекватность и обоснованность выбора тактики и техники ведения родов  • Достаточность информационного сопровождения  • Соотношение медицинской документации, которая велась на стадии амбулаторного ведения беременности, с медицинской документацией, которая велась на стадии стационарного ведения беременности  • Частота и качество наблюдения родильницы и новорожденного в послеродовом периоде  • Осуществление диагностических мероприятий  • Наличие лабораторных исследований  • Наличие инструментальных исследований  • Профилактические меры  • Осуществление реанимационных и лечебных мер при наличии патологий | * Осмотр места происшествия (установить что произошло, в каком именно месте (реанимация, родильный блок, палата)) * Выемка и осмотр медицинской документации   (Медицинская документация, используемая в стационарах: Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц (форма 002/у), Медицинская карта прерывания беременности (форма 003-1/у), История родов (форма 096/у), История развития новорожденного (форма 097/у), Журнал записи родов в стационаре (форма 010/у), Журнал отделения (палаты) для новорожденных (форма 102/у); Медицинская документация, используемая в поликлиниках (амбулаториях), Индивидуальная карта беременной и родильницы (форма 111/у),  Журнал записи родовспоможения на дому (форма 032/у), Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу (форма 084/у), Тетрадь учета на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки) (фора 116/у), Обменная карта родильного лома, родильного отделения (форма 113/у), Справка о временной нетрудоспособности в связи с бытовой травмой, операцией аборта (форма 095-1/у), Медицинское свидетельство о рождении (форма 103/у), Врачебное свидетельство о смерти (форма 106/у), Свидетельство о перинатальной смерти (форма 106-2/у))   * Назначение судебно-медицинской экспертизы * Назначение судебно-технической экспертизы (имеются лив документах признаки, указывающие на наличие дописок, исправлений, подчисток, установление фальсификации) * Изучение стандартов оказания медицинской помощи в акушерстве и гинекологии, а также нормативно-правовых актов * Привлечение специалиста * Допрос эксперта * Допрос специалиста |
| **Факты последствия** | **•** Наличие заболеваний у родильницы  • Наличие патологий у плода/новорожденного  • Оценка неблагоприятного исхода, как следствие медицинского вмешательства  • Оценка качества оказания акушерской и гинекологической помощи  • Оценка дефекта оказания акушерской и гинекологической помощи  • Наличие материальных расходов на лечение  • Причинение морального вреда | * Осмотр места происшествия * Выемка и осмотр медицинской документации (Медицинская документация, используемая в стационарах: Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц (форма 002/у), Медицинская карта прерывания беременности (форма 003-1/у), История родов (форма 096/у), История развития новорожденного (форма 097/у), Журнал записи родов в стационаре (форма 010/у), Журнал отделения (палаты) для новорожденных (форма 102/у); Медицинская документация, используемая в поликлиниках (амбулаториях), Индивидуальная карта беременной и родильницы (форма 111/у),   Журнал записи родовспоможения на дому (форма 032/у), Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу (форма 084/у), Тетрадь учета на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки) (фора 116/у), Обменная карта родильного лома, родильного отделения (форма 113/у), Справка о временной нетрудоспособности в связи с бытовой травмой, операцией аборта (форма 095-1/у), Медицинское свидетельство о рождении (форма 103/у), Врачебное свидетельство о смерти (форма 106/у), Свидетельство о перинатальной смерти (форма 106-2/у); журналы проведения лабораторных и инструментальных исследований)   * Назначение судебно-медицинской экспертизы * Назначение судебно-гистологической экспертизы * Назначение судебно-технической экспертизы * Изучение стандартов оказания медицинской помощи в акушерстве и гинекологии, а также нормативно-правовых актов * Привлечение специалиста * Допрос эксперта * Допрос специалиста |
| **Место** | • Медицинское учреждение на стадии амбулаторного ведения беременности  • Медицинское учреждение на стадии стационарного ведения беременности и родов  • Оснащенность медицинских учреждений  • Наличие необходимых лекарственных препаратов  • Наличие специальных технических средств  • Наличие специализированных отделений (реаниматологии, неонатологии, отделения для рожениц страдающих туберкулезом, СПИДом, сифилисом и др. заболеваниями) | * Осмотр места происшествия (медицинского учреждения, родильной палаты, технической оснащенности, лекарственных препаратов) * Выемка и осмотр документации, подтверждающей оснащенность медицинского учреждения, учетных книг, журналы летальных исходов * Допрос медицинских работников * Допрос потерпевшей * Допрос подозреваемого/обвиняемого * Допрос пациентов |
| **Время** | • Соблюдение этапов ведения беременности согласно стандартам оказания медицинской помощи  • Своевременность диагностирования патологий и заболеваний  • Своевременность перевода в родильное отделение  • Оценка времени безводного периода  • Оценка времени родовой деятельности  • Своевременность назначения оперативного родоразрешения  • Своевременность оперативного вмешательства | * Допрос потерпевшей * Допрос подозреваемого/обвиняемого * Допрос медицинских работников   Выемка и осмотр медицинской документации (Медицинская документация, используемая в стационарах: Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц (форма 002/у), Медицинская карта прерывания беременности (форма 003-1/у), История родов (форма 096/у), История развития новорожденного (форма 097/у), Журнал записи родов в стационаре (форма 010/у), Журнал отделения (палаты) для новорожденных (форма 102/у); Медицинская документация, используемая в поликлиниках (амбулаториях), Индивидуальная карта беременной и родильницы (форма 111/у),  Журнал записи родовспоможения на дому (форма 032/у), Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу (форма 084/у), Тетрадь учета на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки) (фора 116/у), Обменная карта родильного лома, родильного отделения (форма 113/у), Справка о временной нетрудоспособности в связи с бытовой травмой, операцией аборта (форма 095-1/у), Медицинское свидетельство о рождении (форма 103/у), Врачебное свидетельство о смерти (форма 106/у), Свидетельство о перинатальной смерти (форма 106-2/у))   * Назначение судебно-медицинской экспертизы * Изучение стандартов оказания медицинской помощи в акушерстве и гинекологии, а также нормативно-правовых актов * Привлечение специалиста * Допрос эксперта * Допрос специалиста |
| **Обстановка** | • Оказание медицинской помощи в экстренной ситуации  • Оказание медицинской помощи по жизненным показаниям  • Оказание медицинской помощи вне стационара  • Наличие условий крайней необходимости  • Наличие условий обоснованного риска  • Наличие условий невиновного причинения вреда  • Наличие или отсутствие ведомственного контроля  • Наличие или отсутствие внутреннего контроля в медицинском учреждении | * Допрос потерпевшей или её представителя * Допрос подозреваемого/ обвиняемого * Допрос медицинских работников * Выемка и осмотр медицинской документации * Осмотр места происшествия |

**Приложение №2. Аналитическая таблица судебно-медицинских экспертиз**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Нарушения | Последствия | Выводы экспертов |
| 1. | 1) Не полно собран анамнез при поступлении в родильное отделение у пациентки с предшествующим кесаревым сечением (родоразрешение путем рассечения брюшной стенки матки и, как следствие, рубцом на матке) при наличии преждевременных (на 34 неделе) родов  2) Не проведен совестный (коллегиальный) осмотр беременной лечащим врачом и заведующим отделением для выработки адекватной тактики ведения родов  3) С запозданием принято решение об оперативном родоразрешении при наличии у пациентки объективных признаков в виде слабости родовой деятельности  4) Несвоевременно проведения операция кесарево сечения с возникновением в ходе операции осложнений – повреждение левого мочеточника, разрыв шейки и тела матки, сопровождавшихся развитием массивной кровопотери около 3 литров и гибели плода  5) информированное добровольное согласие на проведение оперативного родоразрешения путем операции кесарево сечения, оформлено не в соответствии со ст.32 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»  6) отсутствует в истории родов объективное обоснование консервативной тактики ведения родов у пациентки с рубцом на матке, что противоречит Приказу Минздрава ССР от 12.06.1986г. №848  7) отсутствуют идентификационные отметки (ФИО) на записях кардиотокограмм. | Во время родов произошел разрыв матки по старому рубцу из-за чего во время операции по извлечению плода была проведения операция по удалению матки, во время операции врач было допущено ранение левого мочеточника, как следствие утрата детородной функции без возможности её восстановления. Кроме того, произошла смерть новорожденного, который по медицинский критериям был жизнеспособен. | Между несвоевременным проведением операции кесарево сечения и наступившими неблагоприятными последствиями – разрывом шейки и тела матки с развитием острой массивной кровопотери, повлекшим интранатальную гибель плода и удаление матки усматривается причинно-следственная связь.  В результате дефектов оказания медицинской помощи, повлекших удаление матки и отрыв левого мочеточника причинен тяжкий вред здоровью по признаку опасности для жизни, а также потери детородной функции; |
| 2. | На основании данных, представленных из истории родов, сделан вывод, что роды велись правильно. Выбранная тактика ведения родов через естественные родовые пути была оправдана течением беременности, состоянием роженицы и внутриутробного плода. | У новорожденной был установлен левосторонний парез Эрба – ограничение движений в левой верхней конечности. Парез Эрба наиболее часто является результатом родовой травмы в связи повреждением верхнего первичного пучка плечевого сплетения или спинальных 5-6 шейных корешков. | В ряде случав парез Эрба может быть обусловлен поражением спинного мозга при протекании беременности с гестозом (в данном случае имел место токсикоз), способствующим снижению устойчивости нервной ткани плода к воздействию неблагоприятных факторов во время беременности и родов.  Развитие пареза Эрба в данном случае считать дефектом оказания акушерской помощи не представляется возможным в связи с тем, что в представленной медицинской документации не усматривается объективных клинических признаков, позволяющих врачам во время родов заподозрить парез; в частности: данные роды являются не первыми (первые роды прошли без осложнений), размер таза матери соответствует физиологической норме, общая продолжительность родов не превышает норму, признаков внутриутробной гипоксии (кислородного голодания) плода не установлено, продолжительность потуг 10 минут соответствует норме; отсутствуют данные о затруднении выведения головки из родовых путей. |
| 3. | На стадии ведения беременности в женской консультации:  1) Отсутствуют исследования мазков из влагалища цервикального канала, в том числе бактериологическое исследование  2) отсутствуют сведения о проведении терапии гиперкоагуляционного синдрома (повышенной свертываемости крови)  На стадии ведения родов в родильном доме:  - Согласно приказу МЗ РФ№342 от 28/12/1995г. не было проведено прогнозирование реанимационных мероприятий у недоношенных детей и готовность оборудования и персонала к проведению реанимационных мероприятий  - отсутствует адекватная респираторная поддержка (не осуществлен перевод новорожденных детей на ИВЛ)  - не введен искуственный сурфактант  - с целью определения дальнейшей тактики ведения новорожденных своевременно не проведена консультация с заведующим отделением и ответственным реаниматологом  - неадекватное начало стартовой антибактериальной терапии  - при установлении диагноза перитонит у первой девочки из тройни не вызван хирург, ребенок не переведен в стационар соответствующего профиля для оказания экстренной хирургической помощи  - не измерялось артериальное давление, что не позволяет оценить адекватность инфузионной терапии  - было назначено кормление детей через рот, что нецелесообразно при крайне тяжелом состоянии | Гибель первого новорожденного женского пола на 1 сутки 19 часах жизни;  Гибель второго новорожденного мужского пола на 1 сутки 20 часах 20 минут жизни;  Гибель третьего новорожденного мужского пола на 1 сутки 2 часах 35 минут жизни. | Выявленные дефекты не являются причиной летальных исходов. Причиной гибели является недоношенность новорожденных. |
| 4. | 1)Несвоевременное родоразрешение путем кесарева сечения  2) Новорожденный не был переведен в специализированное медицинское учреждение | Внутриутробная гипоксия плода, внутриутробная инфекция плода, развитие лейкоцитарной пневмонии, и как следствие смерть новорожденной | Причинно-следственной связи межу оказанием медицинской помощи и смертью новорожденного не установлено |
| 5. | Отказ от госпитализации беременной, имеющей на руках направление к госпитализации | Гибель плода | Гибель плода следует считать условно предотвратимой |
| 6. | В дородовом периоде выявлены следующие дефекты оказания медицинской помощи:  - отсутствует исследование на скрытые инфекции,  - отсутствуют назначения и выполнения консультация терапевта, нефролога при обострении хронического пиелонифрита в 29-30 недель беременности,  - однократное исследование крови,  - отсутствие ежедневного измерения массы тела (при наличии патологической прибавки веса с 31-32 недель беременности),  - не измерялся диурез, не проведен анализ мочи на белок, анализ мочи по Нечипоренко, анализ мочи по Зимницкому (при наличии диагноза «Отёки беременных» в 36-37 недель)  - отсутствуют записи физикального обследования,  - не проведена кардиотокография плода  Указанные дефекты в дородовом периоде привели к не установлению диагноза «Гестоз беременных» и отсутствию соответствующего обследования и лечения  В послеродовом периоде имели место следующие дефекты:  - не проведена профилактика послеродовых инфекций,  - отсутствие наблюдения акушерами-гинекологами 39 часов,  - отсутствие гистологического исследования последа и его оболочек,  - не проведено бактериологическое исследование отделяемого из матки,  - не проведено рентгеновское исследование костей таза в прямой проекции при установленном диагнозе «Симфизит» с расхождением лонных костей (воспаление лонного сочленения при беременности)  - запоздалая консультация хирурга,  - отсутствуют сведения о ежедневном осмотре и обработке раны промежности,  - запоздалый перевод в областную клиническую больницу  Указанные дефекты привели к запоздалой диагностике и лечению инфекционного процесса в малом тазу | Смерть родильницы по причине полиорганной недостаточности, обусловленной сепсисом | Между последствиями дефектов оказания медицинской помощи и смертью родильницы имеется причинно-следственная связь, но не прямая, так как действия врачей лишь утяжелили состояние и способствовали прогрессированию течения воспалительного процесса, но не явились причиной её смерти. |
| 7. | В дородовом периоде были допущены следующие дефекты оказания медицинской помощи:  - недооценка эпизода выявления антител в крови беременной, в связи с чем она должна была быть направлена на консультацию в любое медицинское учреждение,  - недоиспользование дополнительных методов обследования внутриутробного плода: допплерометрии и кардиотокографии  - не введение анти Д иммуноглобуллина при сроке беременности 28-30 недель для профилактики иммунизации плода, что было показано пациентке в связи с наличием у нее резус отрицательной принадлежности крови  При оказании медицинской помощи в родильном доме был допущен следующий дефект:  - необоснованный отказ в госпитализации пациентки, которую следует отнести к группе высокого риска осложнений при беременности и в родах (рубец на матке, многоводие, крупный плод, резус отрицательная принадлежность крови) | Смерть плода внутриутробно | Между указанными дефектами оказания медицинской помощи и внутриутробной гибелью плода может усматриваться причинно-следственная связь, поскольку эти дефекты снижали вероятность возможного благоприятного исхода данной беременности. |
| 8. | Неверно установлен клинический диагноз новорожденного | Гибель новорожденного | В случае установления правильного клинического диагноза и своевременном оказании медицинской помощи шансов на благоприятный исход могло быть больше.  Реанимационные мероприятия проведены в достаточном объеме, но не эффективно. |
| 9. | 1) Нарушение тактики и техники ведения родов (надавливание на живот во время потуг и продвижения плода по родовым путям при родившейся головке плода)  2) Малоинформативные записи неонатолога | Тяжкий вред здоровью новорожденного – парез Эрба справа. | Между оказанием медицинской помощи в момент родовспоможения совместно врачом акушером-гинекологом и акушеркой и полученными новорожденным телесными повреждениями, и, следовательно, вредом здоровью имеется прямая причинно-следственная связь |
| 10. | 1) Оперативное родоразрешение проведено с запозданием, учитывая внутриутробную гипоксию плода, длительный безводный период и слабость родовой деятельности  2) недооценка состояния плода | Гибель плода по причине внутриутробной инфекции, которая развилась из-за длительного безводного периода и гнойного плацентита. | Выявленные дефекты оказания медицинской помощи утяжелили состояние плода и способствовали наступлению неблагоприятного исхода. Между наступившей гибелью плода и допущенными дефектами оказания медицинской помощи имеется не прямая причинно-следственная связь. |
| 11. | Не использованы щипцы или вакуумэкстрактор для избежания острой гипоксии плода | Острая гипоксия плода, инфекционное заражение обоих глаз, ампутация правого глаза, тяжелое поражение центральной нервной система | При пересмотре плана ведения родов в пользу кесарева сечения после отхождения вод неблагоприятных последствий можно было бы избежать.  Между оказанием медицинской помощи и наступлений негативных последствий для новорожденной прямой причинно-следственной связи не имеется, так как тяжелое поражение нервной системы явилось следствием внутриутробной инфекции и хронической гипоксии плода (кислородное голодание). Не использование щипцов или вакуумэкстрактора снижало качество оказания медицинской помощи, но не явилось причиной негативных последствий. |
| 12. | Не проведено оперативное родоразрешение | Внутриутробная гибель второго плода из двойни в результате трёхкратного обвития пуповины вокруг шеи | Между оказанием медицинской помощи и гибелью плода причинно-следственной связи не установлено |
| 13. | 1) не определена степень сужения таза  2) не проводилось углубленное обследование роженицы для объективно оценки состояния плода до родов и в процессе их – кардиотокография и допплерометрия  3) не принимались меры по предотвращению и лечению предродовых (ложных) схваток, ухудшающих состояние плода  4) необоснованно неоднократно в течении 1 периода родов назначен медикаментозный сон, препятствующий наблюдению пациентки в динамике  5) во время родов несвоевременно диагностировано развитие острой гипоксии плода по причине не проведения кардиотокографии  6) не проведено родоразрешение путем экстренной операции кесарева сечения, при наличии показаний  7) не перевод ребенка сразу после рождения и в дальнейшем на аппаратную (а не масочную) вентиляцию легких | Тяжкое органическое повреждение головного мозга у новорожденного | Наступившие последствия не рассматриваются как причинение вреда здоровью в результате оказания медицинской помощи. Однако между указанными дефектами и поражением головного мозга имеется не прямая причинно-следственная связь. |
| 14. | 1) в первые сутки после родовой родильница не была осмотрена  2) не диагностированы остатки децидуальной ткани в полости матки  3) не установлен диагноз «послеродовой метроэнометрит» (воспаление всех слоев матки)  4) не проводилось адекватное лечение вышеуказанного заболевания  5)недооценка тяжести состояния родильницы | Удаление матки у родильнице – потеря детородной функции | Указанные дефекты признаны экспертами ненадлежащим оказанием медицинской помощи. |
| 15. | 1) не диагностирована внутриутробная гипоксия плода в 1 периоде родов, о наличии которой свидетельствует приглушенное сердцебиение  2) отсутствие мер по профилактике и лечению гипоксии плода  3) отсутствие кардиотокографии | Тяжелое поражение центральной нервной системы новорожденного | Неадекватное ведение родов увеличило риск прогрессирования имевшейся внутриутробной гипоксии плода, способствовало нарастанию внутриутробной гипоксии, рождению ребенка в состоянии тяжелой асфиксии, на фоне двукратного тугого обвития пуповины вокруг шеи и инволютивно-дистрофических изменений плаценты, последствием чего явилось тяжелое поражение центральной нервной системы |
| 16. | В дородовом периоде были допущены следующие дефекты оказания медицинской помощи:  - не определено наличие сердцебиения плода инструментальным методом при каждой явке  - не в полном объеме исследован акушерский статус беременной (не при каждой явке измерены окружность живота и высота дна явки)  - не установлена антенатальная гибель плода | Гибель плода  Ампутация матки у родильницы | Между дефектами оказания медицинской помощи на этапе ведения беременности в женской консультации и наступившими неблагоприятными последствиями (ампутацией матки) усматривается косвенная причинно-следственная связь |
| 17. | 1) роды принимались в ненадлежащем помещении  2) отсутствие помощи при застраивании новорожденного в родовых путях | Смерть новорожденного | Причинно-следственная связь не установлена, поскольку не представлена необходимая медицинская документация |
| 18. | 1)травматическое воздействие на область левого плечевого пояса во время извлечения плода из матки  2) отсутствие сведений об анатомических особенностях плода в медицинской документации | Перелом левого плеча у новорожденного | Причинно-следственная связь между действиями акушерки и наступившими неблагоприятными последствиями не усматривается |
| 19. | 1) родоразрешение было поведено естественным путем, когда было показано родоразрешение оперативным путем  2) не проведено кардиотокограмма  3) не проведено УЗИ в родильном доме  4) недооценено состояние роженицы – не учтен высокий риск развития гипоксии плода  5) не своевременное диагностирование состояния плода | Внутриутробная гибель плода по причине гипоксии | Имеется косвенная причинно-следственная связь, поскольку установленные дефекты не могли привести к смерти новорожденного, а только лишь способствовали ее не предотвращени |
| 20. | 1) в родильном доме перестали вести антибактериальную терапию для плода  2) не выявление субдуральной гематомы | Гибель плода | Экспертами не установлена причинно-следственная связь, поскольку не усмотрено дефектов оказания медицинской помощи |
| 21. | Нарушение техники ведения родов | Парез Эрба справа у новорожденного | Между оказанием медицинской помощи в момент родов и полученными новорожденным телесными повреждениями имеется причинно-следственная связь |
| 22. | 1) несвоевременный перевод в родильное отделение  2) несвоевременная диагностика гипоксии плода  3)не предпринята попытка срочного родоразрешения путем наложения акушерских щипцов или вакуум-экстракции плода при развитии островозникшей гипоскии плода в периоде изгнания | Гибель плода | Между указанными дефектами и интранатальной гибелью плода имеется не прямая причинно-следственная связь, поскольку они снижали эффективность лечебных мероприятий и уменьшали вероятность наступления неблагоприятного исхода, но не явились причиной наступления неблагоприятного исхода |
| 23. | Отсутствие наблюдения за состоянием плода с помощью повторного УЗИ | Внутриутробная гибель плода по причине затягивания узла пуповины | Причинно-следственная связь не установлена |
| 24. | 1) недооценка длительности течения сочетнного гестоза (токсикоза второй половины беременности), оказывающего негативное влияние на состояние внутриутробного плода  2) недооценка состояния плода перед родами  3) недостаточное наблюдение за роженицей и состоянием плода с помощью кардиотокографии  4) не установлено время острой гипоксии плода в связи с недостаточным контролем за его состоянием  5) не проведение адекватного лечения, направленного на сохранение жизни плода, которое должно было состоять в проведении операции кесарево сечения, проведение вакуум-экстракции головки плода или наложением акушерских щипцов | Гибель плода | Указанные дефекты оказания медицинской помощи не могли стать причиной внутриутробной гибели плода, а могли снижать эффективность медицинской помощи роженицы. |
| 25. | 1) не проведение показанной операции кесарево сечения  2) оставление роженицы в длительном безводном периоде  3) оставление головки плода на длительный период в малом тазу  4) различный клинический диагноз в «Истории развития новорожденного» и в «Выписке из истории новорожденного»  5) неверно выбрана тактика ведения родов | Черепно-спинальная травма у новорожденного | Между последствиями дефекта оказания медицинской помощи и установленной у ребенка инвалидности имеется непрямая причинно-следственная связь |

1. Э.К. Айламазян, Б.Н. Новиков, М.С.Зайнулина, И.Т. Рябцева, М.А. Тарасова. Акушерство: учебник для медицинских вузов// Э.К. Айламазян. – 8-е изд., испр. и доп. – СПб: СпецЛит., 2014. - С.9. [↑](#footnote-ref-1)
2. Юридические основы деятельности врача. Учебно-методическое пособие для студентов медицинских вузов// Акопов В.И., Бова А.А. – М.:Эксперт-бюро-М,1997. – С.102. [↑](#footnote-ref-2)
3. Настольная книга следователя, отв. ред.: Коршунова О.Н., Шадрин В.С., Рук. авт. кол.: Дудин Н.П. Изд.: Юрид. центр Пресс, СПб, 2008. - С.154. [↑](#footnote-ref-3)
4. Э.К. Айламазян, Б.Н. Новиков, М.С.Зайнулина, И.Т. Рябцева, М.А. Тарасова. Акушерство: учебник для медицинских вузов// Э.К. Айламазян. – 8-е изд., испр. и доп. – СПб: СпецЛит., 2014. - С.64. [↑](#footnote-ref-4)
5. Пристансков В.Д. Особенности расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи: Учебное пособие. СПб.: Санкт-Петербургский юридический институт Генеральной прокуратуры РФ. 2007. [↑](#footnote-ref-5)
6. Пристансков В.Д. Теоретические и методологические проблемы расследования ятрогенных преступлений : Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата юридических наук/ Пристансков В.Д. – СПб. – 2000. [↑](#footnote-ref-6)
7. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Лисицын Ю.П. - 2-е изд. - 2010. - с. 128 [↑](#footnote-ref-7)
8. Э.К. Айламазян, Б.Н. Новиков, М.С.Зайнулина, И.Т. Рябцева, М.А. Тарасова. Акушерство: учебник для медицинских вузов// Э.К. Айламазян. – 8-е изд., испр. и доп. – СПб: СпецЛит., 2014. - С.64. [↑](#footnote-ref-8)
9. Акушерство: учебник для вузов / Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. - М. 2009. – с.320 [↑](#footnote-ref-9)
10. Э.К. Айламазян, Б.Н. Новиков, М.С.Зайнулина, И.Т. Рябцева, М.А. Тарасова. Акушерство: учебник для медицинских вузов// Э.К. Айламазян. – 8-е изд., испр. и доп. – СПб: СпецЛит., 2014. - С.67. [↑](#footnote-ref-10)
11. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»"// СПС «Гарант» [↑](#footnote-ref-11)
12. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»"// СПС «Гарант» [↑](#footnote-ref-12)
13. Акушерство. Национальное руководство./ Под ред. Э.К. Айламазян, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского.- «ГОЭТАР -Медиа», 2009.- с. 670. [↑](#footnote-ref-13)
14. Акушерство. Национальное руководство./ Под ред. Э.К. Айламазян, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского.- «ГОЭТАР -Медиа», 2009.- с. 670. [↑](#footnote-ref-14)
15. Акушерство. Клинические лекции : учебное пособие / Под ред. проф. О.В. Макарова. - 2007. – с. 367. [↑](#footnote-ref-15)
16. Акушерство: учебник для вузов / Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. - М. 2009. – с.380. [↑](#footnote-ref-16)
17. Уголовный процесс России: Общая часть/Под ред. В.З.Лукашевича. СПб., 2004. - С.18-19. [↑](#footnote-ref-17)
18. В.Д. Пристансков. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию. Монография// В.Д. Пристансков.- СПб.,2005. - с.170-171 [↑](#footnote-ref-18)
19. Курс криминалистики: В 3 т. Т. II. Криминалистическая методика: Методика расследования преступлений против личности, общественной безопасности и общественного порядка /Под ред. О.Н. Коршуновой и А.А. Степанова. – СПб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2004.- С. 545-547. [↑](#footnote-ref-19)
20. Курс криминалистики: В 3 т. Т. II. Криминалистическая методика: Методика расследования преступлений против личности, общественной безопасности и общественного порядка /Под ред. О.Н. Коршуновой и А.А. Степанова. – СПб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2004. -С. 543. [↑](#footnote-ref-20)
21. В.Д. Пристансков. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию. Монография// В.Д. Пристансков.- СПб.,2005. - с.180. [↑](#footnote-ref-21)
22. Пристансков В.Д. Криминалистическая теория расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи.// В.Д. Пристансков. - СПб, 2007. - С. 290-291. [↑](#footnote-ref-22)
23. В.Д. Пристансков. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию. Монография// В.Д. Пристансков.- СПб.,2005. - с.185. [↑](#footnote-ref-23)
24. Курс криминалистики: В 3 т. Т. II. Криминалистическая методика: Методика расследования преступлений против личности, общественной безопасности и общественного порядка /Под ред. О.Н. Коршуновой и А.А. Степанова. – СПб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2004. -С. 520. [↑](#footnote-ref-24)
25. Акопов В.И. Правовые аспекты оказания медицинской помощи в условиях обоснованного риска [Электронный ресурс]/ В.И. Акопов // Науч.-культ. журн. Relga.-2018.-№04. –Режим доступа: http://www.relga.ru/Environ/WebObjects/tgu-www.woa/wa/Main?textid=4984&level1=main&level2=articles [↑](#footnote-ref-25)
26. Ившин И. В. Обстоятельства, исключающие преступность деяния в сфере профессиональной медицинской деятельности // Мед. право. 2006. N 1. – С.33-38. [↑](#footnote-ref-26)
27. Саранцев К. А. Медицинский риск как разновидность обоснованного риска и особенности его оценки при расследовании преступно-ненадлежащего оказания медицинской помощи //"Российский следователь", 2013. - N3. – с.10-12. [↑](#footnote-ref-27)
28. Настольная книга следователя, отв. ред.: Коршунова О.Н., Шадрин В.С., Рук. авт. кол.: Дудин Н.П. Изд.: Юрид. центр Пресс, СПб, 2008, - С.144. [↑](#footnote-ref-28)
29. Сердюков М. Г. Судебная гинекология и судебное акушерство. – М., 1964. – С. 284. [↑](#footnote-ref-29)
30. В.Д. Пристансков. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию. Монография// В.Д. Пристансков.- СПб.,2005. - с.47. [↑](#footnote-ref-30)
31. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 04.10.1980 г. №1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»// СПС Гарант. [↑](#footnote-ref-31)
32. Технико-криминалистическая экспертиза документов [Электронный ресурс]: НИИ судебных экспертизы. – Режим доступа: http://szexpertiza.ru/tehniko-kriminalisticheskaya-expertiza.html [↑](#footnote-ref-32)
33. Технико-криминалистическая экспертиза документов [Электронный ресурс]: НИИ судебных экспертизы. – Режим доступа: http://szexpertiza.ru/tehniko-kriminalisticheskaya-expertiza.html [↑](#footnote-ref-33)
34. Криминалистика / Под ред. Т.А. Седовой, А. А. Эксархопуло. – СПб.: Изд-во Лань, 2001.- с.122. [↑](#footnote-ref-34)
35. Кошелева, И. С. Медицинская документация как объект исследования при расследовании уголовных дел в отношении медицинских работников / Кошелева И. С. // Российский следователь. - 2010. - N 4. - С. 6. [↑](#footnote-ref-35)
36. Эйсман А.А. Заключение эксперта (Структура и научное образование). М.: Юрид.лит.,1967 -.С.91. [↑](#footnote-ref-36)
37. Курс криминалистики: В 3 т. Т. II. Криминалистическая методика: Методика расследования преступлений против личности, общественной безопасности и общественного порядка /Под ред. О.Н. Коршуновой и А.А. Степанова. – СПб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2004.- С. 598-631. [↑](#footnote-ref-37)
38. Зинин А.М. Криминалист в следственных действиях: Учебно-практическое пособие. – М., 2004. - С.12. [↑](#footnote-ref-38)
39. Статкус В.Ф. О функциях, правах и обязанностях специалиста в уголовном процессе // Вестник криминалистики. Вып. № 15. – М., 2005. – С. 58. [↑](#footnote-ref-39)
40. Быков В.М., Ситникова Т.Ю. Заключение специалиста и особенности его оценки// Вестник криминалистики. М.: Спарк, 2004. - №1 (9) - С. 20-21. [↑](#footnote-ref-40)
41. Россинская Е.Р. Развитие статуса специалиста в уголовном судопроизводстве //Фундаментальные и прикладные проблемы управления расследование преступлений: Сб. науч. трудов (в двух частях). Часть 2. М., 2005. - С. 177. [↑](#footnote-ref-41)
42. Шапиро Л.Г. Актуальные проблемы участия специалиста в уголовном судопроизводстве // Южно-уральские криминалистические чтения: Сборник материалов международной научно-практической конференции, посвященной 90-летию со дня рождения профессора Л.Л. Каневского: Выпуск 12 / Под ред. И.А. Макаренко. – Уфа, - 2014. –С. 169. [↑](#footnote-ref-42)
43. Ульянова Л.Т. Предмет доказывания и доказательства в уголовном процессе России. М.,- 2008. - С.118. [↑](#footnote-ref-43)
44. Флоря В.Н. Рецензия на монографию члена-корреспондента РАМН, профессора Ю.Д. Сергеева и кандидата медицинских наук Ю.В. Бисюка «Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (экспертно-правовые аспекты). Научно-практическое руководство»// Мед.право.-2008.- №3.-С. 47. [↑](#footnote-ref-44)
45. Муженская Н.Е. Правовые основы организации и проведения судебной экспертизы: состояние, проблемы, перспективы развития// Юридическая науа и правоохранительная практика. - 2013. - №4.- С.91-97. [↑](#footnote-ref-45)
46. Тихомиров А.В. Медицинское право.// Тихомиров А.В. - М.,2013. - с.211. [↑](#footnote-ref-46)
47. В.Д. Пристансков. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию. Монография// В.Д. Пристансков.- СПб.,2005. – с.215. [↑](#footnote-ref-47)
48. 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-48)
49. Тихомиров А.В. Медицинское право: Практ. пособие.//А.В. Тихомиров.- М., 1998. – С.211. [↑](#footnote-ref-49)
50. Галюкова М.И. Профессиональные преступления медицинских работников: современное состояние проблемы//Проблемы борьбы с отдельными видами преступлений: Криминологический Журнал ОГУЭП. 2007. – с.39. [↑](#footnote-ref-50)
51. Вермель, И. Г. Вопросы логики в судебно-медицинских заключениях: По делам о правильности действий медицинских работников. -М.: Медицина, 1974. – С.5.

    [↑](#footnote-ref-51)
52. Логика: учебник/ С.С. Гесев, Э.Ф. Караваев, Г.В. Карпов (и др.) под ред. А.И. Мигунова, И.Б. Микиртумова, Б.И. Фёдорова. – М.: Проспект. 2011. - С.48-49. [↑](#footnote-ref-52)
53. Логика: учебник/ С.С. Гесев, Э.Ф. Караваев, Г.В. Карпов (и др.) под ред. А.И. Мигунова, И.Б. Микиртумова, Б.И. Фёдорова. – М.: Проспект. 2011.- С.51-52. [↑](#footnote-ref-53)
54. Логика: учебник/ С.С. Гесев, Э.Ф. Караваев, Г.В. Карпов (и др.) под ред. А.И. Мигунова, И.Б. Микиртумова, Б.И. Фёдорова. – М.: Проспект. 2011.- С.52-53. [↑](#footnote-ref-54)
55. Лейбниц Г.В. Об основных аксиомах познания// Лейбниц Г.В. Соч. В 4 т. - С.141. [↑](#footnote-ref-55)
56. Логика: учебник/ С.С. Гесев, Э.Ф. Караваев, Г.В. Карпов (и др.) под ред. А.И. Мигунова, И.Б. Микиртумова, Б.И. Фёдорова. – М.: Проспект. 2011. - С.54 [↑](#footnote-ref-56)