

Санкт-Петербургский государственный университет
Кафедра уголовного процесса и криминалистики

**Особенности уголовного преследования по делам
о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием
медицинской помощи в хирургии**

Выпускная квалификационная работа
студента 2 курса
магистратуры
Штерна Сергея Борисовича

Научный руководитель:
доцент, кандидат юридических наук
Пристансков Владимир Дмитриевич

Санкт-Петербург
2016 год

Содержание

Введение.....	3
Глава 1. Криминалистическая характеристика преступлений, совершенных при оказании хирургической помощи.....	6
Глава 2. Особенности возбуждения уголовного дела и производство первоначальных следственных действий.....	15
§2.1. Особенности производства предварительной проверки.....	17
§2.2. Организационно-тактические особенности производства отдельных следственных действий и мероприятий, обеспечивающих предварительное расследование преступлений, совершенных при оказании хирургической помощи.....	19
§2.3. Особенности выемки и осмотра медицинских документов.....	28
§2.4. Подготовка и назначение судебно-медицинской экспертизы.....	32
Глава 3. Использование специальных медицинских знаний при расследовании преступлений, совершенных при оказании хирургической помощи.....	36
§ 3.1. Привлечение специалиста к участию в следственных действиях.....	37
§ 3.2. Особенности оценки заключения специалиста.....	41
§3.3. Особенности оценки выводов судебно-медицинского эксперта.....	44
Глава 4. Особенности поддержания государственного обвинения по делам о преступлениях, совершенными хирургами вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей.....	63
Заключение.....	67
Список использованной литературы.....	71
Приложение №1.....	80
Приложение №2.....	83
Приложение №3.....	89

Введение

В силу ст. 41 Конституции РФ каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Здоровье - это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или физических дефектов¹.

Внедрение в медицинскую практику высокотехнологичных методов лечения, обусловленных успехами в исследовании процессов человеческого организма, значительно повысило опасность причинения вреда пациенту в процессе оказания ему медицинской помощи (МП)².

Причиной дефектов оказания МП являются в основном субъективные факторы: небрежное, легкомысленное отношение медицинских работников к исполнению своих профессиональных обязанностей, отсутствие внимательного и заботливого отношения к пациентам³.

Ятрогенными называются преступления против жизни или здоровья человека, совершаемые медиками вследствие ненадлежащего оказания или неоказания МП гражданам⁴.

Причинами латентности ятрогенных преступлений являются: отсутствие у следователей знаний об особенностях установления и исследования обстоятельств преступного события; отсутствие у следователей навыков формирования доказательственной базы по уголовным делам о преступлениях

¹ Устав Всемирной организации здравоохранения, принят Международной конференцией здравоохранения, проходившей в Нью-Йорке с 19 июня по 22 июля, 1946 года, подписан 22 июля 1946 года представителями 61 страны (off. Rec. Wld Hlth Org. 2, 100) [Электронный ресурс]//Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации: [сайт]. – 2016. - URL: <http://docs.cntd.ru/document/901977493> (11.04.2016).

² Ответственность за правонарушения в медицине: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / [О.Ю. Александрова и др.]. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – С. 142; Пристансков В.Д. «Криминалистическая теория расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи». – СПб.: АМА НАЗ РФ, 2007.- С.5.

³ Пристансков В.Д. «Криминалистическая теория расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи». – СПб.: АМА НАЗ РФ, 2007.- С.5, 6.

⁴ 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.

этой группы; корпоративное противодействие медицинских работников расследованию уголовных дел о ятрогенных преступлениях⁵.

Актуальность настоящей работы обусловлена двумя факторами.

Во-первых: хирургия по числу ятрогений находится на первом месте среди отраслей медицины⁶.

Во-вторых: сложность расследования ятрогенных преступлений в указанной сфере обусловлена самой сложностью осуществления хирургической помощи⁷.

Главная тема настоящего исследования – особенности применения специальных медицинских знаний при формировании доказательств и их использование на стадии уголовного преследования хирургов, совершивших неосторожное причинение смерти или вреда здоровью пациенту вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей при проведении хирургических операций.

В настоящее время хирургическое сообщество Санкт-Петербурга оценивает качество оказания МП как удовлетворительное⁸.

Вместе с тем, любой человек, оказавшись в положении пациента медицинского учреждения, относится к наиболее уязвимой категории субъектов права. Существующим сегодня правоотношениям «врач-пациент» присуще ярко выраженное фактическое неравенство участников. В таких отношениях слабая сторона – пациент, и он несет больший риск и может с большей вероятностью стать жертвой вредоносного поведения сильной стороны – медицинского работника⁹.

⁵ Пристансков В.Д. «Криминалистическая теория расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи». – СПб.: АМА НАЗ РФ, 2007.- С.7.

⁶ Юридические основы деятельности врача. Учебно-методическое пособие для студентов медицинских вузов / Акопов В.И., Бова А.А. - М.: Эксперт. бюро-М, 1997. – С.102.

⁷ Каган М.И., Шпиганович А.В.//Врачебные ошибки. Рига, 1964. – С.4.

⁸ Список тезисов на XII Съезд хирургов России 5-10 октября 2015 г., г. Ростов-на-Дону, [Электронный ресурс]//Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации: [сайт]. – 2016. - URL: http://12.surgeons.ru/tezis/tezis_12.php?action=viewform&id=947 (11.03.2016).

⁹ Афанасьева Е.Г. Права пациента и некоторые проблемы медицинской этики в США. М., 1993. С.3. Козьминых Е. Судебная экспертиза по «врачебному делу» /Российская юстиция, № 3, 2002. С.31-32.

Признавая важность преобразований в экономической, политической, социальной и других сферах жизни общества, мы считаем, что на современном этапе они не способны дать значительного эффекта в профилактике ятрогенных преступлений, пока не будет приостановлено «падение» общепризнанных норм нравственности и морали.

Глава 1. Криминалистическая характеристика ятрогенных преступлений, совершенных при оказании хирургической помощи

Единого определения для термина «криминалистическая характеристика» не существует. По нашему мнению, криминалистическая характеристика – это совокупность объективных сведений о преступлении, позволяющих субъекту, ведущему расследование, наиболее эффективно и оптимально организовать раскрытие и расследование преступления.

Выделяются семь наиболее общих элементов криминалистической характеристики: 1) жертва ятрогенного преступления; 2) субъект ятрогенного преступления; 3) физическая деятельность субъекта, которая может выражаться как в действии, так и в бездействии; 4) психическая деятельность субъекта; 5) факты-последствия; 6) время посягательства; 7) место посягательства.

Предметом нашего исследования в данной работе являются ятрогенные преступления, то есть преступления, совершенные медицинскими работниками при исполнении своих профессиональных обязанностей, в частности – при оказании хирургической помощи. Можно представить структуру ятрогенного преступления в виде следующей аналитической формулы:

ПрЯтр → [Сб · Пц · ВрПр · (НрПрМП → ЯтДф → Ятр → НБИС) · Мст · Вр] ↔ Обст¹⁰.

Первым элементом данной формулы является *Субъект*.

Субъектом ятрогенного преступления, совершенного при осуществлении хирургической помощи, будет являться медицинский работник, чаще всего - врач-хирург, но может быть врач другой специальности и медицинская сестра (операционная медицинская сестра, анестезиологическая медицинская сестра, медицинская сестра реанимационного отделения и иной медицинский персонал).

В личности субъекта, в первую очередь, интересуют следующие факторы: квалификация, специализация, профессиональная категория и опыт работы.

¹⁰ 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.

Также необходимо установить, не вышел ли медработник при осуществлении хирургической помощи за пределы своей профессиональной компетенции, имел ли он право на оказание МП такого рода, а если не имел, то почему приступил к ее оказанию. При установлении данных о личности субъекта имеет смысл изучить документы, подтверждающие получение им высшего и дополнительного образования, прохождение переаттестации, присвоение категории, а также трудовую книжку. Сбор наиболее полных и точных данных о субъекте позволяет судить, о том, надлежащим ли образом субъект выполнил свои профессиональные обязанности.

Помимо профессиональных качеств следует рассматривать также личностные качества медицинского работника - его отношение к дисциплине, внимательность, аккуратность; склонность к употреблению алкоголя и наркотических веществ. В последние годы в научной литературе и в СМИ широко обсуждается такое понятие, как культура работы с пациентом. К сожалению, нередко медицинские работники ведут себя грубо по отношению к пациентам, проявляют равнодушие к жалобам больного. При этом они упускают из виду особое психическое состояние пациента, обусловленное происходящими в его организме процессами и симптомами, в том числе болью, слабостью, усталостью, и не уделяют должного внимания информации, поступающей от пациента. Результатом этого в ряде случаев становится неправильная и несвоевременная диагностика, которая в итоге приводит к неблагоприятному исходу оказания МП.

Второй элемент формулы – *жертва*, в конкретной категории преступлений – *пациент*, т.е. лицо, которое обратилось за МП, и, следовательно, приобрело особый правовой статус.

Пациент не является пассивным участником врачебного процесса, поэтому его личностные особенности и поведение могут серьезно повлиять на ход этого процесса. Самыми важными с точки зрения криминалистической характеристики являются так называемые критерии группы риска.

Группой риска называется объединенная по принципу повышенной вероятности возникновения в ней ятрогений группа¹¹.

К критериям групп риска традиционно относят пол, возраст, хронические, сопутствующие и генетические заболевания, аллергии и непереносимости, профессии и вредные привычки.

Для того чтобы выявить принадлежность пациента к каким-либо группам риска медицинскому работнику необходимо произвести тщательный сбор анамнеза. Важную роль играет в данном случае опрос пациента. Но не стоит забывать, что он умышленно, а также в силу медицинской безграмотности или забывчивости, может не сообщить о каких-либо особенностях своего организма. Кроме того, например, об аллергии на конкретное лекарственное средство пациенту может быть неизвестно.

Следующий элемент структуры – *врачебный процесс*. Врачебным называется процесс взаимодействия медицинского работника и пациента (с учетом их правового статуса), связанный с оказанием МП.

Физическая деятельность субъекта в данном случае заключается в механизме произведенных им действий, результатом которых и явилось наступление ятрогенного дефекта. Выделяется несколько групп действий, которые имеют особое криминалистическое значение.

К первой группе относятся действия, заключающиеся в оказании МП и непосредственно связанные с возникновением ятрогении.

Следующая группа объединяет те действия, которые обусловили ненадлежащее исполнение субъектом своих профессиональных обязанностей. К данной группе можно отнести, например, не проведение осмотра пациента при его поступлении в хирургическое отделение или употребление медицинским работником алкоголя или наркотических веществ в рабочее время.

¹¹ Руководство по медицине. Диагностика и терапия. В 2-х т. Т. 1: Пер. с англ. / Под ред. Р. Беркоу, Э. Флетчера. М., 1997. – С. 270-272.

Третья группа объединяет действия, направленные на сокрытие ятрогенных последствий¹².

Врачебный процесс имеет три стадии: *диагностика, лечение, преемственность*¹³.

Как и в других отраслях медицины, в хирургии диагностические мероприятия начинаются с опроса, на основании которого формируются данные анамнеза, и осмотра, заключающегося в визуальном наблюдении пациента хирургического отделения стационара или поликлиники. Помимо этого проводятся общие лабораторные исследования: гематологические, иммунологические, биохимические, рентгеновские и ультразвуковые исследования.

Основные нарушения, допускаемые медиками в процессе *диагностики*, сводятся к неполноте проведенных исследований и ошибочности результатов исследований¹⁴.

Существует всего два вида диагнозов: *предварительный и клинический (окончательный)*.

Предварительный диагноз является предположением врача о характере имеющегося у пациента заболевания на основании полученных в ходе осмотра и опроса данных. Предварительный диагноз в обязательном порядке должен быть проверен. Для этого существует специальный процесс – *дифференциальная диагностика*, в ходе которой медицинский работник проверяет предварительный диагноз путем проведения дополнительных диагностических мероприятий. На основании этой проверки ставится клинический (окончательный) диагноз. В ходе расследования после того, как

¹² 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.

¹³ 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. 544).

¹⁴ Фокин М.М. Ерофеев С.В. // Медицинская экспертиза и право. — 2013. — №1. — С. 13-17.

был сделан вывод о правильности клинического диагноза, ставится вопрос об адекватности выбранной тактики ведения этому диагнозу.

Таким образом, врачебный процесс включает в себя диагностирование, лечение, преемственность пациента и выполнение диагностических, лечебных и профилактических медицинских мероприятий. Непосредственно МП, как совокупность необходимых в каждом конкретном случае профессиональных действий осуществляет лечащий врач (или другой медицинский работник, допущенный в установленном порядке к врачебному процессу). Являясь субъектом оказания МП, врач несет ответственность за качество ее оказания, которое во многом зависит от надлежащего исполнения им своих профессиональных обязанностей.

В свою очередь, качество МП складывается из четырех основных компонентов: следования стандартам МП и правилам оказания МП; оптимальностью использования ресурсов медицинского учреждения; риском для пациента и удовлетворенностью пациента как потребителя медицинской услуги¹⁵.

Криминалистически значимыми являются действия медицинского работника, нарушающие стандарты МП и правила оказания МП, а также действия, которые соответствовали этим правилам и стандартам. На основании сравнения стандарта и реально произведенных действий делается вывод о наличии или отсутствии расхождения и, следовательно, дефекта.

Не меньшее значение для расследования имеют осознанность действий субъекта и наличие причинной связи между действиями субъекта и наступившими последствиями. На установлении причинной связи стоит остановиться особо. Причинной связью в уголовном праве называется

¹⁵ 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. 534).

объективно существующая связь между преступным деянием и наступившим общественно опасным последствием¹⁶.

Если между деянием лица и наступившими последствиями нет причинной связи, то лицо не может быть привлечено к ответственности. В ятрогенных преступлениях требуется установление причинной связи между допущенным субъектом нарушением стандартов и правил оказания медицинской помощи, дефектом МП, ятрогенией и неблагоприятным исходом.

Причинная связь может быть *симметричной или несимметричной*.

Симметричная причинная связь предполагает четкие причинные отношения между неблагоприятным исходом и причиной.

Несимметричной называется причинная связь, которая не позволяет сделать однозначных выводов о связи причины и исхода, так как в развитие процесса вмешались сторонние факторы¹⁷.

Изучение *физической деятельности* позволяет найти следы преступления, а также выявить мотивацию действий субъекта. Но физическую деятельность ни в коем случае нельзя рассматривать в отрыве от деятельности психической.

Психическая деятельность субъекта – это процессы, протекающие в сознании субъекта, которые влияют на деятельность субъекта и направляют ее. Психическая деятельность имеет несколько аспектов, каждый из которых имеет свое собственное криминалистическое значение, и должен быть выявлен при расследовании. Прежде всего, очень важную роль играет мотив поведения субъекта, каждого из совершаемых им действий. Имеет смысл нарисовать схему действий, совершенных медицинским работником, и последовательно выяснить, как он составлял анамнез и назначал процедуры, почему выбирал именно такую последовательность действий.

¹⁶ Курс уголовного права. Общая часть. Том 1: Учение о преступлении / Под ред. Н. Ф. Кузнецовой и И. М. Тяжковой. М., 2002. С. 241.

¹⁷ Настольная книга следователя, отв. ред.: Коршунова О.Н., Шадрин В.С., Рук. авт. кол.: Дудин Н.П. Изд.: Юрид. центр Пресс, СПб, 2008, С.140.

Немаловажно также выяснить отношение медицинского работника к хирургическому больному и своим действиям, установить нравственные предпосылки его деятельности. Для полноты картины следует выяснить, как медицинский работник контролировал последствия своих действий и контролировал ли вообще, на каком этапе заметил проявление ятрогенного дефекта и какое решение принял.

Любое решение, принимаемое медицинским работником, должно быть сознательным, но лишь очень немногие сохраняют способность обдумывать каждое действие и его последствия даже после того, как начались незапланированные осложнения. Контроль субъекта над ситуацией подразумевает неразрывную связь между целью и результатом деятельности. В том случае, если в качестве версии защиты выдвигается версия о неспособности медицинского работника в силу психофизических свойств произвести необходимые манипуляции, имеет смысл проведение психолого-психиатрической экспертизы, в ходе которой при помощи ряда тестов будет сделан вывод о степени и остроте внимания, утомляемости и некоторых других свойствах организма субъекта.

Выделяются два фактора, которые обычно нарушают данную связь: это личные качества субъекта и обстановка в медицинском учреждении, где регулярно и безнаказанно нарушаются медицинские стандарты. Осознанная психическая деятельность в совокупности с физической деятельностью, если они идут в разрез с установленными стандартами оказания МП и обуславливают развитие ятрогении, образуют способ совершения преступления. Считаем необходимым рассматривать способ совершения ятрогенных преступлений не в традиционном понимании как «совокупность преступных действий, направленных на достижение преступного результата», что применимо к умышленным преступлениям, а как «совокупность *неправомерных действий*», повлекших ятрогению¹⁸.

¹⁸ Настольная книга следователя, отв. ред.: Коршунова О.Н., Шадрин В.С., Рук. авт. кол.: Дудин Н.П. Изд.: Юрид. центр Пресс, СПб, 2008, С.156.

Способ совершения ятрогенного преступления характеризуется тем, что нарушение происходит в ходе осуществления профессиональной деятельности, которая подчинена определенным правилам, нарушение которых как раз и влечет неблагоприятные последствия.

Они классифицируются по тяжести и времени проявления. Если факты-последствия не были вовремя выявлены, а также не предпринималось никаких мер по оказанию своевременной помощи, можно говорить о пренебрежительном отношении субъекта к своей деятельности.

Время посягательства. Криминалистически значимыми при расследовании ятрогенных преступлений являются несколько временных промежутков.

Имеют значение также периоды, в течение которых медицинский работник мог выявить, изучить ятрогенное нарушение и принять меры, и период лечения ятрогении. Определение времени посягательства имеет значение во всех случаях, оно позволяет оценить нарушение, выявить личностные особенности субъекта. Наибольшую трудность на практике представляют ятрогенные болезни отдаленного периода, особенно в тех случаях, когда последствие обнаруживается через несколько лет.

Место совершения посягательства. Место совершения преступления также имеет существенное криминалистическое значение, оно влияет на поведение субъекта до, после и во время посягательства. Выполнение некоторых процедур и вмешательств согласно стандартам осуществляется в специальных учреждениях в отведенных для этого местах.

Отдельно следует упомянуть внешние и внутренние факторы, влияющие на развитие ятрогенного процесса. Они не являются его необходимыми элементами, однако могут серьезно изменять его течение. К внешним факторам относятся обстановка, научно-практические, материально-технические, временные и кадровые возможности.

Обстановкой называются те условия, в которых медицинский работник осуществляет медицинские мероприятия. Под научно-практическими

возможностями понимается комплекс научных наработок по данному вопросу, накопленный опыт проведения манипуляций такого типа.

На основании изложенного в настоящей главе следует вывод, что имеются все предпосылки для дальнейшего формирования на основе криминалистической классификации преступных деяний в сфере оказания хирургической помощи криминалистической характеристики как эмпирико-информационной основы для дальнейшей разработки и совершенствования частной методики расследования данных преступлений.

Глава 2. Особенности возбуждения уголовного дела и производство первоначальных следственных действий

Уголовное преследование - процессуальная деятельность, осуществляемая стороной обвинения в целях изобличения подозреваемого, обвиняемого в совершении преступления (п. 55 ст. 5 УПК РФ).

Законодатель в УПК РФ обозначил уголовное преследование и как деятельность (п. 55 ст. 5 УПК РФ), и как процессуальную функцию в рамках состязательности (ст. 15 УПК РФ).

Уголовные дела о ятрогенных преступлениях возбуждаются по материалам, содержащим информацию о неадекватном оказании МП с признаками небрежного или легкомысленного отношения медика к исполнению своих профессиональных обязанностей.

Уголовное преследование начинается с момента возбуждения уголовного дела и завершается с наступлением или освобождением от уголовной ответственности - когда суд от имени государства признает лицо виновным в совершении преступления в обвинительном приговоре или невиновным в оправдательном приговоре, либо применяет к указанному лицу принудительные меры медицинского характера.

Следственная практика свидетельствует, что уголовные дела по рассматриваемому виду преступлений обычно возбуждаются по заявлению потерпевшего, родственников и знакомых, реже - свидетелей (в том числе очевидцев); по сообщениям медицинских учреждений о раненых, травмированных, иногда - по сообщениям страховых компаний, куда потерпевший обращался, а также правозащитных организаций.

Вместе с тем, поводами для возбуждения уголовных дел о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием хирургической помощи, обычно служат заявления граждан о привлечении к уголовной ответственности врачей за ненадлежащее оказание МП, закончившейся неблагоприятным исходом – причинением пациенту вреда здоровью или смерти.

Поводом к возбуждению уголовных дел также могут послужить материалы СМИ.

Существуют серьезные трудности в расследовании и раскрытии такой практически малознакомой работникам правоохранительных органов разновидности преступности, как ятрогенные преступления, в частности – преступления, связанные с ненадлежащим оказанием хирургической помощи, что в значительной степени связано с необходимостью использования специальных знаний.

Чтобы принять обоснованное решение по поводу наличия или отсутствия достаточных данных, свидетельствующих о признаках преступления – необходимо глубокое криминалистическое исследование события ятрогенного происшествия.

Пример: Гражданин Л. С тяжелыми травмами, полученными в результате ДТП, попал в клинику. Хирурги на высоком профессиональном уровне провели оперативное вмешательство. В реанимационном отделении проводилась терапия антибиотиками, проводился лабораторный контроль за состоянием пациента. Отмечалась положительная динамика, улучшение общего состояния пострадавшего. На 5 сутки гражданин Л. был переведен в общее хирургическое отделение, где ему резко было отменено введение антибиотиков и других необходимых лекарственных средств, в которых он нуждался, по причине их отсутствия. На 10 сутки Л. скончался. Патоанатомический диагноз: «сепсис <...> развившейся на 5-6 сутки заболевания», то есть он развился после отмены лекарственной терапии. В данном примере оперативное лечение было проведено квалифицированно в полном объеме. Однако врач общего хирургического отделения не мог оказать последующую МП в полном объеме по причине отсутствия в клинике необходимых препаратов. Свои назначения он отразил в истории болезни, а на практике осуществлял лекарственную терапию с учетом препаратов имеющихся в отделении. Это дает основания рассматривать проведенное им лечение, как адекватное, т.е. в соответствии с реальными условиями, в которых он вынужден

был действовать. В то же время МП, оказанную Л., в целом следует считать ненадлежащей, что может служить основанием для предъявления претензии медицинскому учреждению, не обеспечившему врачевный процесс необходимыми лекарственными препаратами.

Таким образом, возможность оказания качественной хирургической помощью бывает часто ограничена объективными условиями: своевременность обращения пациента за МП, тяжесть патологии или ее неизлечимость, объективные условия оказания МП (место, время, обстановка), уровень материально-технического и кадрового обеспечения медицинского учреждения.

§ 2.1. Особенности производства предварительной проверки

При проверке сообщения о преступлении следователь (дознатель) руководствуется не только нормами УПК РФ, но и другими федеральными законами, нормативными и правовыми актами, регламентирующими медицинскую деятельность.

На практике иногда возникают вопросы, связанные с получением из медицинского учреждения медицинских документов, в которых содержащаяся информация составляет врачебную тайну. Вместе с тем, в ходе проверки сообщения о преступлении могут быть истребованы документы, материалы и любые иные сведения, интересующее лицо, проводящее проверку, на это указывает и уголовно-процессуальный закон.

В научной литературе обсуждается вопрос о возможности производства следственных действий в ходе проверки сообщения о преступлении. На несовершенство уголовно-процессуального закона в данной области указывается многими современными процессуалистами.¹⁹

¹⁹ См.: Деришев Ю. Стадия возбуждения уголовного дела – реликт «социалистической законности» // Российская юстиция. 2003. № 8. С. 35; Манова Н.С., Францифоров Ю.В. Проблемные аспекты стадии возбуждения уголовного дела по новому УПК РФ // Российский судья. 2003. № 5. С. 22-23; Орлов Ю. Возможно ли производство судебной экспертизы в стадии возбуждения уголовного дела? // Законность. 2003. № 9. С. 21; Синкевич В.В. Производство следственных действий на стадии возбуждения уголовного дела // Российский юридический журнал. 2002. № 4. С. 97; Черкасов А.Д., Царева Н.П., Громов Н.А., Локк Р.Г. Истребование письменных документов в досудебных производствах // Следователь. 2002. № 10. С. 12 и др.

Производство данных следственных действий на этой стадии уголовного процесса должно еще преследовать цель установления оснований к возбуждению уголовного дела.

В некоторых случаях вопрос о наличии оснований для возбуждения уголовного дела невозможно разрешить без производства экспертного исследования. Как указывалось, ст. 146 УПК РФ допускает назначение экспертизы при проверке сообщения о преступлении.

Часть 2 ст. 140 УПК РФ устанавливает, что только при наличии достаточных данных у уполномоченного должностного лица появляются основания для возбуждения уголовного дела. Таким образом, факт вынесения постановления о возбуждении уголовного дела свидетельствует, что проверка наличия повода и основания, а равно выяснение обязательных для принятия этого решения обстоятельств завершены.

Как верно охарактеризовал это В. А. Азаров, «определена система средств, требуемая для вынесения процессуального решения»²⁰.

Очевидно, что вся система средств, анализируемая следователем перед принятием решения, охватывает определенно ограниченные фактические обстоятельства. Процессуальная оценка, как и правовая, этих обстоятельств позволяет сделать вывод о необходимости возбуждения уголовного дела по конкретной уголовно-правовой норме и с описанием конкретных обстоятельств, позволяющих оценить законность, обоснованность и мотивированность вынесенного процессуального решения (ч. 4 ст. 7 УПК РФ).

И здесь следует согласиться с позицией Л. А. Воскобитовой о том, что для решения вопроса о возможности начала процесса необходимы далеко не все признаки состава преступления. Достаточно установить только те обстоятельства, которые свидетельствуют о включении подобных деяний в уголовный закон как уголовно наказуемых. Тогда как для принятия решения о

²⁰ Азаров В. А. О совершенствовании правовых основ (или возможном «отмирании»?) стадии возбуждения уголовного дела // Библиотека криминалиста. Научный журнал. — 2014. — № 1 (12).

привлечении лица к уголовной ответственности необходимо установление всех признаков состава преступления, предусмотренных ст. 8 УК РФ²¹.

Для практики характерно две ситуации проведения независимой медицинской экспертизы: она проводится гражданами до обращения с заявлением в правоохранительные органы по поводу ненадлежащего оказания МП, имевшей неблагоприятный исход, или проводится по поручению правоохранительных органов в ходе проведения предварительной проверки.

Чтобы избежать неверных выводов при правовой оценке случая неадекватного оказания хирургической помощи юристу необходимо, знать: как именно должно в конкретном случае выполняться хирургическое вмешательство (которое в свое очередь может быть полостным, эндоскопическим и т.д.), как оно регламентировано требованиями соответствующих медицинских предписаний, было ли адекватным поведение пациента. Это обеспечит возможность оперативно осуществить полное и всестороннее криминалистическое исследование процесса выполнения хирургического мероприятия, выделить криминалистические признаки содеянного и дать объективную правовую квалификацию его последствиям.

§2.2. Организационно-тактические особенности производства отдельных следственных действий и мероприятий, обеспечивающих предварительное расследование преступлений, совершенных при оказании хирургической помощи

Самыми распространенными и наиболее результативными следственными действиями при расследовании преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием хирургической помощи, являются: допрос, выемка и осмотр медицинских документов, а также судебно-медицинская экспертиза (СМЭ).

Допрос представляет собой процесс получения информации от допрашиваемого лица и ее фиксации с целью установления обстоятельств,

²¹ Воскобитова Л. А. Возбуждение уголовного дела: проблемы и перспективы // Библиотека криминалиста. Научный журнал. — 2014. — № 1 (12).

имеющих значение для расследования преступления. В качестве допрашиваемого лица могут выступать подозреваемый (обвиняемый), потерпевший, свидетель, а также при необходимости специалист и эксперт.

Очень важной стадией любого допроса является его *подготовка*. Главная особенность допроса при расследовании преступления, связанного с ненадлежащим оказанием хирургической помощи – это сама специфика медицинской деятельности.

Поскольку и подозреваемый (обвиняемый), и большая часть свидетелей (сотрудники медицинского учреждения) являются медицинскими работниками, для того чтобы максимально эффективно допросить каждого из них, нужно обладать хотя бы минимумом информации о лечебном процессе, в ходе которого имел место дефект. Именно поэтому имеет смысл привлечь к допросу лицо, обладающее специальными медицинскими знаниями – *специалиста*. Чаще всего, *специалист* отказывается напрямую участвовать в допросе из соображений корпоративной этики, однако помогает следователю корректно сформулировать вопросы.

Для начала рассмотрим особенности *допроса потерпевшего* или его *представителя*. В зависимости от вида неблагоприятного исхода, в роли допрашиваемого может выступать как сам пациент (в случае причинения тяжкого вреда здоровью), так и его родственник, законный представитель. представитель (в случае смерти пациента).

В ходе допроса потерпевшего (его представителя) выясняются вопросы, среди которых: данные о потерпевшем (анкетные, личностные и др.); были ли особенности у потерпевшего, которые могли повлиять на ход и результат оказания МП; возраст потерпевшего; были ли рекомендации врача по поводу дозы назначенного лекарственного препарата или применяемого вещества, обусловленные возрастом потерпевшего, если да, то какие именно и были ли зафиксированы где-то письменно; выполнялись ли эти рекомендации врача

исполнителем медицинского мероприятия и/или самим потерпевшим (если потерпевший несовершеннолетний, то его родителями)²².

Следователя должен интересовать и пол потерпевшего – так назначение медикаментозного лечения без учета пола может привести к нежелательным последствиям. Так, у женщин побочные реакции на лекарственные препараты, включая летальные исходы, встречаются в два раза чаще, чем у мужчин. Объясняется это отчасти тем, что женщины употребляют противозачаточные таблетки и препараты от акушерско-гинекологической патологии, кроме того, чаще обращаются к врачу, а, следовательно, чаще принимают лекарства²³.

Особое внимание следователь должен обратить на то, какое проводилось хирургическое лечение: где и когда проводилось дооперационное обследование и подготовка к операции; какие были сроки пребывания в реанимационном отделении; какой был непосредственный эффект оперативного лечения; где проводилась послеоперационная реабилитация, какие мероприятия включала в себя, их эффективность; при каких обстоятельствах наступил неблагоприятный исход; какой неблагоприятный исход имела оказанная ему МП; когда и на какой стадии оказания МП он наступил; какое объяснение было дано потерпевшему и его родственникам о причине наступления неблагоприятного исхода, согласны ли они с таким объяснением, какие имеют возражения; когда и почему возникло мнение о ненадлежащем качестве оказанной МП и о неправильных действиях медицинских работников (кого конкретно), может ли он сказать, какие конкретно действия привели к наступлению неблагоприятного исхода МП; может ли назвать причину ненадлежащего выполнения медработником своих профессиональных обязанностей²⁴.

²² Настольная книга следователя, отв. ред.: Коршунова О.Н., Шадрин В.С., Рук. авт. кол.: Дудин Н.П. Изд.: Юрид. центр Пресс, СПб, 2008, С.137-142.

²³ Корхов В.В. Медицинские аспекты применения контрацептивных препаратов. СПб., 1996.

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. 545-547).

В хирургической практике и до настоящего времени встречаются случаи, когда симптомы, на которые указывала потерпевший и его родственники, были проигнорированы медицинскими работниками. Поэтому очень важно выяснить, какова была реакция медицинского работника на жалобы больного, какие меры были предприняты.

Переходя к выяснению обстоятельств наступления неблагоприятного исхода, не стоит забывать о том, что это самая тяжелая с психологической точки зрения часть допроса - как для потерпевшего, так и для его представителей. Поэтому вопросы должны быть сформулированы максимально кратко и емко, не допускать двойного толкования.

Следует выяснить, в чем заключался неблагоприятный исход, в какой момент он наступил, как объяснили наступление неблагоприятного исхода медицинские работники. Это «фактическая часть». Все последующие вопросы касаются не фактической стороны дела, а мнения допрашиваемого относительно этого события: что, по мнению допрашиваемого, явилось причиной неблагоприятного исхода; на основании чего он заключил, что медицинская помощь была оказана некачественно, что именно было выполнено неправильно и почему.

Следующие лица, допрос которых имеет исключительное значение для расследования – *свидетели*.

В англо-американской правовой системе, например, не существует такого участника процесса как эксперт, нет такого вида доказательств, как заключение эксперта. С их точки зрения, эксперт также является свидетелем, но не очевидцем, а лицом, высказывающим обоснованное суждение на базе тех специальных знаний, которыми он обладает²⁵.

В российском уголовном праве такого деления не существует, но все же по данной конкретной категории дел имеет смысл подразделить свидетелей на две группы в зависимости от наличия у них медицинских знаний.

²⁵ Expert evidence in criminal proceedings in England and Wales, The Law Commission [Электронный ресурс]//UKgovernment[сайт].URL:https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/229043/0829.pdf (11.04.2014)

К первой группе свидетелей можно отнести медицинских работников, которые непосредственно оказывали МП (хирурги), организовывали врачебный процесс (заведующий отделением, главный врач медицинского учреждения), а также тех, которые осуществляли вспомогательные функции (например, лабораторные и инструментальные исследования).

Отдельно следует отметить, что в сложных ситуациях, связанных со сложной хирургической патологией, сопровождающейся, например, с сочетанной травмой или с урологическими, гинекологическими острыми (хроническими) заболеваниями, а также с клинически важными сопутствующими заболеваниями приглашаются специалисты-консультанты.

Сведения, полученные от медицинских работников, облечены в особую форму, так как допрашиваемое лицо излагает их с использованием своих познаний в области медицины и опыта. С другой стороны, как уже говорилось выше, медицинские работники редко решаются критиковать действия своих коллег и могут умышленно замалчивать какие-либо факты. Вместе с тем, нельзя упускать из виду, что в медицине существуют разные взгляды на один и тот же вопрос, и, являясь сторонником какой-либо теории, медик может активно осуждать позиции своих оппонентов. Определение круга лиц, которым могут быть известны обстоятельства дела, целесообразно производить с помощью специалиста, которому известна схема оказания хирургической помощи.

Самым распространенным способом получения информации, имеющей значение для расследуемого дела, как указывалось выше, является *допрос*, представляющий собой процесс получения показаний от лица, обладающего определенными сведениями об обстоятельствах преступного деяния. По мнению специалистов «неуправляемый рассказ» обычно дает самую полную информацию, и большая часть ее, скорее всего, окажется полезной²⁶.

При допросе *свидетелей, являющихся медицинскими работниками*, необходимо выяснить следующие сведения: что явилось причиной

²⁶ Epelew A.J., Swisher S.N. Interviewing and patient care. New Yjrk, Oxford University Press, 1986.

возникновения дефекта МП и развития ятрогении; можно ли было избежать неблагоприятного исхода и если, да, то каким образом; по поводу, какого заболевания потерпевший наблюдался в данном медицинском учреждении; имелись ли особенности диагностирования и лечения указанного заболевания; какие исследования и медицинские мероприятия проводились потерпевшему в период его нахождения в медицинском учреждении, насколько они были обоснованы; какая была избрана тактика и методика лечения, какое было обоснование их выбора, давались ли, кем, когда рекомендации о необходимости их пересмотра; какие особенности протекания болезни наблюдались до и после оперативного вмешательства, какие имелись объяснения этому; каковы были результаты проверок обоснованности проводимого лечения, выводы медицинских комиссий, заключения ведомственных экспертов по поводу качества оказанной МП²⁷.

Несмотря на то, что от медицинских работников можно получить большой объем информации, немаловажным является и допрос лиц, не обладающих медицинскими познаниями, но являющихся очевидцами тех или иных событий в ходе врачебного процесса. Кроме того, имеет смысл допросить других пациентов по поводу отношения того или иного медицинского работника к своим обязанностям, а также к потерпевшему и другим пациентам.

Еще одной ключевой фигурой процесса является, разумеется, *подозреваемый*.

Его допрос рационально проводить в последнюю очередь, уже после того, как большинство данных будут получены из других источников. Допрос подозреваемого требует от следователя длительной подготовки, концентрации внимания и эффективного использования тактических приемов. К моменту начала допроса у следователя должны сформироваться версии того, как разворачивались события: в каком состоянии потерпевший поступил в

²⁷ 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).

медицинское учреждение, было ли хирургическое лечение запланированными или экстренными, о каких особенностях организма медицинским работникам было известно, в каком порядке проводились медицинские мероприятия, в какой момент был допущен дефект, когда развилась ятрогения и наступил неблагоприятный исход. Только в таком случае следователь сможет уличить допрашиваемого в умышленном искажении фактов²⁸.

Когда лицо приобретает статус *обвиняемого*, цель допроса кардинально меняется. Следователь уже не ищет подтверждения или опровержения следственным версиям, он должен собрать доказательства, подтверждающие виновность конкретного медицинского работника. Закономерно, что обвиняемый, в свою очередь, будет сообщать заведомо ложные сведения, пытаясь запутать следствие и оправдаться.

Министерством здравоохранения и социального развития разработаны стандарты МП для всех указанных случаев, следовательно, отступать от этого стандарта медицинский работник не имеет права. Единственные условия, в которых лицо могло отойти от стандарта, это обстоятельства крайней необходимости²⁹.

Именно такие версии чаще всего и выдвигаются защитой.

Для установления наличия в действиях виновного признаков крайней необходимости нужно установить следующие аспекты: наличие, действительность и своевременность опасности, отсутствие возможности ее устранения иными средствами, соразмерность вреда.

Отдельные ученые-медики дают очень расплывчатое определение «оптимального варианта лечения для спасения жизни и восстановления здоровья», в то время как в ст. 39 УК РФ прямо требует, чтобы причиненный вред был меньше вреда предотвращенного.

²⁸ Пристансков В.Д. Криминалистическая теория расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи. СПб, 2007. С. 290-291.

²⁹ 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).

Другая распространенная версия защиты – обоснованный риск. Однако существуют и другие, установленные уголовным законодательством, условия правомерности риска³⁰.

Кроме того, ст. 41 УК РФ требует, чтобы риск был обусловлен отсутствием другой возможности достигнуть общественно полезной цели, а лицо, идущее на риск, должно предпринять достаточные меры для предотвращения отрицательных последствий. При обоснованном риске вред всегда носит вероятностный, но не обязательный характер. В доктрине обоснованный риск при совершении медицинских мероприятий рассматривается не только с позиций уголовного права³¹.

В процессе допроса необходимо установить, изучал ли он пациентов с такой хирургической патологией, производил ли подобные мероприятия ранее, известны ли ему ограничения в сфере внедрения новых технологий. Также следует задать обвиняемому вопрос о том, были ли им соблюдены все аспекты так называемого объективного критерия: перемещение пациента в отделение интенсивной терапии, подготовка необходимого оборудования и препаратов, установление возможной принадлежности пациента к группам риска и т.д.³².

Также обвиняемый может выдвигать версию о том, что случившееся было так называемой «врачебной ошибкой» или «несчастливым случаем». Российская правовая система не содержит таких терминов, и, очевидно, речь в данной ситуации идет о невиновном причинении вреда, предусмотренном ст. 28 УК РФ.

Единого определения этим понятиям также нет. По нашему мнению, несчастным случаем могут признаваться те случаи, которые, согласно

³⁰ Попов В.Л., Попова Н.П. Правовые основы медицинской деятельности: Справочно-информационное пособие. СПб.: Деан, 1999.

³¹ Гайков В.Т., Минькова А.М. Риск: критерии правомерности // Северо-Кавказский юридический вестник. Ростов-на-Дону, 1999 г., № 1. С.21-23.

³² Битеев, В., Мазин, П., Пономарев Г. Р. Крайняя необходимость и обоснованный риск в медицинских отношениях /В. Битеев, П. Мазин, Г. Пономарев.//Уголовное право. -2007. - № 3. - С. 22 – 34.

уголовному законодательству Российской Федерации, называются невиновным причинением 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. То есть, выдвигая версию о несчастном случае, обвиняемый должен доказать, что у него не имелось возможность предвидеть и предотвратить наступление неблагоприятных последствий. При подготовке к допросу следователь должен проконсультироваться со *специалистом* относительно того, каким образом можно было предвидеть и предотвратить наступившие последствия, и в процессе допроса задать вопросы о том, почему необходимые действия со стороны обвиняемого не были предприняты.

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 перегрузкам³³.

М.Г. Сердюков пишет о состоянии «операционного транса», представляющего собой не находчивость врача при столкновении с аномалией организма или течения заболевания³⁴.

Доказывание отсутствия возможности предотвратить и «несоответствия психофизиологических качеств» осуществляется путем производства психолого-психиатрической экспертизы. Однако и в ходе допроса будет нелишним задать обвиняемому вопросы относительно того, по каким причинам он считал ситуацию экстремальной, были ли у него ранее подобные

³³ 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.

³⁴ Сердюков М. Г. Судебная гинекология и судебное акушерство. – М., 1964. – С. 284.

ситуации, в силу каких причин он считает себя неспособным предотвратить последствия.

Ответы обвиняемого должны детально и по возможности дословно фиксироваться в протоколе, который будет подписан обвиняемым, для того чтобы в дальнейшем ему можно было продемонстрировать расхождения в данных в разное время показаниях. Также эффективными мерами являются проведение очной ставки обвиняемого с потерпевшим либо с другими медицинскими работниками данного медицинского учреждения, а также предъявление документов, полученных при выемке и осмотре в медицинском учреждении.

§ 2.3. Особенности выемки и осмотра медицинских документов

Выемка и осмотр документов являются важнейшими следственными действиями при расследовании ятрогенных преступлений. Выемка должно производиться на самых ранних стадиях расследования для того, чтобы не допустить уничтожения и фальсификации документов, имеющих важное доказательственное значение.

Медицинская документация может быть условно разделена на четыре группы: *нормативно-правовую, административную, технологическую*, (инструкции, стандарты, правила) и *производственную*, в которой фиксируется процесс оказания МП³⁵.

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 результатах³⁶.

Таким образом, в медицинских учреждениях ведется унифицированная документация. Так, согласно типовой инструкции по заполнению форм первичной медицинской документации медицинских учреждений при оказании

³⁵ Настольная книга следователя, отв. ред.: Коршунова О.Н., Шадрин В.С., Рук. авт. кол.: Дудин Н.П. Изд.: Юрид. центр Пресс, СПб, 2008, С.150.

³⁶ Приказ Министерства здравоохранения СССР от 04.10.1980 г. №1030 (Извлечение).

хирургической помощи (без документов лабораторий) (Утв. приказом Министерства здравоохранения СССР № 1030 от 04.10.1980) в хирургических отделениях медицинских учреждений ведется:

- *Медицинская карта больного (форма М043/у);*
- *Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма № 030/у);*
- *Журнал записи амбулаторных операций (форма № 069/у);*
- *Дневник учета работы врача хирургического отделения (форма №039-3/у);*
- *Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты (форма №028/у);*
- *Медицинская карта стационарного больного (форма №003/у);*
- *Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре (ф. № 008/у);*
- *Температурный лист (ф. № 004/у);*
- *Карта выбывшего из стационара (ф. № 066/у);*
- *Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре (форма № 008/у)³⁷.*

Кроме указанных выше документов следствие могут заинтересовать журналы проведения инструментальных и лабораторных исследований, журналы летальных исходов и некоторые другие учетные документы, которые ведутся в большинстве медицинских учреждений.

В медицинских документах содержится информация об установленных диагнозах и медицинских мероприятиях, на основании этих документов можно сделать вывод о том, в какой момент возникла ятрогения, по чьей вине, имелась ли возможность избежать неблагоприятного исхода и некоторые другие сведения.

Таким образом, в процессе расследования преступления следствие в большей степени будет интересоваться как раз *производственная медицинская документация*. Прежде всего, стоит отметить, что при проведении выемки и

³⁷ «Хирургия. Нормативные документы», под ред. д.м.н., проф. М.М. Кузьменко. Составители: к.м.н. В.И. Самодин, к.э.н. А.В. Алексеева, Москва 1988, изд. «ЕВА-пресс», стр. 93-103.

осмотра документации в конкретном учреждении необходимо привлечение *специалиста*. *Специалист* должен досконально знать всю процедуру отражения процесса оказания хирургической помощи в производственной документации.

Поэтому на основании советов *специалиста* следователем делается вывод о том, в каких именно документах содержится информация, необходимая для подтверждения или опровержения той или иной версии. Специалист указывает, какие именно документы следствию нужно получить из медицинского учреждения, где именно и в какой форме хранится необходимая информация. Вполне возможно, что за наступлением неблагоприятного исхода последовало немедленное уничтожение или фальсификация медицинской документации. При этом только *специалист* сможет указать на возможные источники, в которых информация сохранилась, а также на подчистки и исправления, внесенные позднее. Нельзя забывать о том, что по правилам ведения медицинской документации многие медицинские мероприятия отражаются сразу в нескольких документах.

Согласно ст. 75 УПК РФ, допустимыми считаются лишь те доказательства, которые получены с соблюдением установленных законом требований.

Выемка производится при необходимости изъятия предметов и документов, имеющих значение для расследования, в том случае, если известно, где они находятся. Если с помощью *специалиста* следствие установило, откуда и каким образом можно получить те или иные документы, то можно ставить вопрос о производстве выемки.

Исследование содержащейся в документах информации помогает следствию воссоздать последовательность врачебного процесса, схему произошедших событий, проследить логику субъекта ятрогенного преступления. На основании изучения медицинских документов (карта амбулаторного больного, карта стационарного больного, операционный журнал - делается вывод о том, правильно ли были установлены предварительный и

клинический диагнозы и, если была допущена ошибка при постановке диагноза, то проводились ли для этого все необходимые диагностические мероприятия. При осмотре медицинских документов анализу подвергаются одновременно и форма, и содержание документа. Визуальный осмотр документа позволяет сделать предварительные выводы о наличии исправлений, подчисток, дописок, которые впоследствии могут подтвердиться при проведении экспертизы документа; оценивается соблюдение правил оформления документов, соответствие объема и качества информации требованиям к ведению документов. При визуальном обнаружении признаков возможной фальсификации документа имеет смысл направить его на технико-криминалистическую экспертизу.

Анализ медицинской документации в большинстве случаев позволяет заключить, что она далека от установленных форм, и эта небрежность свойственна всему документообороту медицинского учреждения. Присутствуют дефекты оформления: записи ведутся небрежно, нарушается их порядок, записи, ведущиеся от руки, нечитаемые. Среди дефектов содержания встречаются неправильные описания симптомов, синдромов, бессодержательный анамнез, неверное датирование и установление сроков. По сложившейся практике, медицинская документация редко заполняется одновременно с проведением того или иного медицинского мероприятия. Гораздо чаще временной разрыв между мероприятием и его фиксацией на бумаге составляет несколько часов, а то и суток.

Следствием этого могут являться как непреднамеренные искажения информации (связанные с объективными свойствами человеческой памяти), так и умышленное изменение каких-либо параметров и сведений³⁸.

Недостатки медицинских документов препятствуют установлению обстоятельств, подлежащих доказыванию. Кроме того, небрежное отношение к ведению документации часто свидетельствует о бессистемности и

³⁸ 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.

безответственности сотрудников медицинского учреждения.

В ходе технико-криминалистического исследования решаются диагностические и идентификационные 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. Идентификационные задачи сводятся к отождествлению «части и целого», т.е. к установлению использования другого штампа, чернил, печатающего устройства.

Перед экспертом следует поставить следующие вопросы: имеются ли в документах признаки, указывающие на возможность фальсификации и какие именно (исправления, подчистки, дописки); имеется ли возможность восстановить текст первоначальной записи; какая информация содержалась в первоначальной записи; когда был составлен документ и т.д.³⁹.

§ 2.4. Подготовка и назначение судебно-медицинской экспертизы

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

При расследовании ятрогенных преступлений, в доказывании вины совершивших их лиц постоянно растет потребность в специальных знаниях, особенно судебной медицины и биологии.

Это обусловлено спецификой способов совершения таких деяний и следовой информацией (биологических объектов). Поэтому по делам данной категории становится актуальным привлечение специалистов, обладающих медицинскими знаниями, наряду со знаниями и биологии (микробиологии,

³⁹ Криминалистика / Под ред. Т.А. Седовой, А. А. Эксархопуло. – СПб.: Изд-во Лань, 2001.

молекулярной биологии), генетики и др.

При формулировании вопросов следователь должен ориентироваться на этапы врачебного процесса и технологические стадии хирургических мероприятий, выполненных пациенту в ходе оказания МП, закончившейся неблагоприятным исходом. На разрешение СМЭ не должны ставиться вопросы, имеющие юридический смысл, что относится к исключительной компетенции следствия и суда.

Вопрос о назначении и проведении судмедэкспертизы качества оказания МП должен решаться после получения от *специалиста*:

- соответствующего разъяснения по вопросам, касающимся вида МП по поводу хирургического заболевания: ее характера, объема, последовательности и процесса ее фактического оказания в интересах конкретного пациента;

- или письменного заключения, содержащего его суждения по вопросам характера и содержания МП, которая должна оказываться при установлении определенных симптомов болезненного процесса, причиненных повреждений, состояния пациента и соответствия осуществленного врачебного процесса и выполненных хирургических мероприятий в интересах конкретного лица;

- консультационной помощи при формулировании вопросов для постановки судебным экспертам.

В качестве такого *специалиста* привлекается врач-клиницист или научный работник, обладающий знаниями специфики оказания МП по хирургии и достаточным опытом. *Специалист* может быть допрошен об обстоятельствах, требующих специальных познаний, а именно, об адекватности МП, имевшей неблагоприятный исход в виде причинения смерти пациента или вреда его здоровью.

Следователь должен для себя выяснить следующие вопросы: какие именно материалы необходимо направить на СМЭ, на какие вопросы могут ответить эксперты, как эти вопросы не только с точки зрения хирургии, но и криминалистики правильно сформулировать, по каким критериям оценить заключение СМЭ.

На экспертизу должны быть представлены исключительно подлинные медицинские документы.

Количество и характер требуемых документов определяются особенностями каждого конкретного дела, но, как правило, на СМЭ должны быть представлены: документы об обследовании и лечения (история болезни или медицинская карта, амбулаторная карта, у детей до 15 лет - история развития ребенка), результаты исследования трупа - в случае смертельного исхода (протокол патологоанатомического вскрытия, заключение эксперта для акт судебно-медицинского исследования трупа).

Кроме того, во многих случаях могут оказаться необходимыми документы станции «скорой медицинской помощи» (карта обслуживания), рентгеновские снимки, материалы клиничко-анатомических конференций, акты ведомственного расследования или ведомственной проверки данного случая. Важно, чтобы на экспертизу были представлены все необходимые документы. Листы каждого изымаемого документа должны быть пронумерованы.

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

Предварительные сведения об обстоятельствах наступления смерти могут быть получены из постановления следователя о назначении экспертизы, протокола осмотра трупа на месте обнаружения, истории болезни, амбулаторной карты и других медицинских документов, доставляемых в морг с трупом или истребованных экспертом. Важные сведения могут быть получены при опросе родственников умершего или других лиц, наблюдавших обстоятельства и условия наступления смерти.

Если при этом сообщаются сведения, имеющие значение для следствия, они подлежат юридическому оформлению. На рассмотрение эксперту необходимо ставить следующие вопросы: о наличии повреждений,

медицинском характер повреждений, их локализации и состоянии, возможности связи повреждений с неквалифицированными действиями врача, средствах, которыми могли быть причинены повреждения, механизме возникновения повреждений; давности причинения повреждений; тяжести вреда здоровью (с указанием квалифицирующих признаков).

Подводя итог изложенному в настоящей главе, можно сделать следующий вывод: каждое процессуальное действие, есть определенная законом модель, эффективное применение которой на практике во многом обусловлено ее психологическим и криминалистическим содержанием, умелое использование которого способствует оптимизации процесса расследования.

Глава 3. Использование специальных медицинских знаний при расследовании ятрогенных преступлений, совершенных при осуществлении хирургической помощи

На стадии досудебного производства применение специальных знаний является исключительно важным фактором:

- при проведении предварительной проверки заявления о факте неадекватного оказания МП хирургом, повлекшим неблагоприятные последствия для пациента – причинение смерти или тяжкого вреда здоровью. Результаты судебно-медицинского исследования являются основным источником информации, оцениваемой следователем и прокурором как достаточные данные для принятия обоснованного и законного решения о возбуждении или отказе в возбуждении уголовного дела;

- на стадии предварительного расследования ятрогенного преступления применение специальных знаний позволяет получить и закрепить как доказательства по делу информацию об обстоятельствах события ятрогенного преступления и причастности конкретных лиц к его совершению (ст. 73 УПК РФ).

Специальными считаются те знания, которые получены лицом, обладающим профессиональной подготовкой, которая позволяет ему отвечать на вопросы в какой-либо области. Расследование ятрогенных преступлений, имеющих прямую связь со здоровьем людей, особенностями функционирования организма, деятельностью медицинских работников, невозможно без обращения к судебной медицине.

Специальные знания применяются в двух формах: участие *специалиста* на досудебных стадиях, а также проведение судебно-медицинской экспертизы.

Основное различие заключается в том, что *специалист*, согласно ст. 58 УПК РФ, не проводит исследования, его роль ограничивается содействием в обнаружении и изъятии доказательств, постановкой вопросов перед экспертами и дачей разъяснений по вопросам в области своих специальных знаний.

§ 3.1. Привлечение специалиста к участию в следственных действиях

Привлечение *специалиста* к участию в следственных действиях требуется в случаях, чтобы еще на досудебной стадии принять решение о том, имел ли место дефект МП и является одним из основных условий принятия обоснованного решения по преступлениям, связанных с ненадлежащим

оказанием хирургической помощи.

С момента получения сообщения о посягательстве на здоровье или жизнь человека при оказании ему МП медицинским работником вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей - начинается его проверка по существу. По итогам проверки принимается решение о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного дела.

На этой стадии производятся проверочные действия с целью:

- 1) установления наличия (отсутствия) повода и основания для возбуждения или принятия решения об отказе в возбуждении уголовного дела;
- 2) сохранения следов посягательства;
- 3) предотвращения и пресечения действий по фальсификации медицинских документов и (или) их уничтожению.

Для исследования обстоятельств события, связанного с фактом ненадлежащего оказания хирургической помощи и имевшей неблагоприятный исход, требуются специальные медицинские знания. Поэтому необходимо привлекать *специалиста*. С его участием необходимо провести предварительное исследование медицинских документов, которое по своей природе имеет ориентирующий характер.

Цель привлечения *специалиста* на стадии возбуждения уголовного дела: получить информацию о том, как должен был быть осуществлен врачебный процесс при наличии определенных жалоб пациента, и как он был выполнен реально, какие были допущены при этом нарушения правил оказания МП и др.

При проверке сообщения о ненадлежащем оказании МП, желательно в качестве специалиста приглашать опытного врача-клинициста соответствующей специализации или научного работника, обладающего знаниями специфики оказания МП по хирургическим болезням и достаточным клиническим опытом.

Помощь *специалиста* необходима для:

- получения информации о том, какие медицинские документы должны быть получены из медицинского учреждения, где оказывалась помощь пациенту. Документальное оформление сопровождает больного с момента

приема у врача в поликлинике, вызова врача скорой помощи или поступления в стационар до выписки и закрытия больничного листа или оформления инвалидности. В случае летального исхода составляется акт патологоанатомического вскрытия, заключение ведомственной экспертной комиссии о качестве проведенного лечения, выносится решение лечебно-контрольной комиссии (ЛКК);

- ознакомления 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 МП⁴⁰.

Дефект оказания МП – это расхождение между тем, как должна была быть оказана МП, и как она была оказана на самом деле.

Следователь, не обладая необходимыми медицинскими познаниями, не сможет самостоятельно найти этот дефект. Для поиска дефекта необходимо детальное и последовательное изучение процедур и вмешательств, что невозможно осуществить без помощи профессионала, которым является *специалист*.

⁴⁰ 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).

Специалист дает консультации по планированию расследования: выдвижению версий, подготовке следственных действий, определению круга вопросов, подлежащих установлению в ходе производства следственных действий и т.д. Смысл, последовательность, обоснованность и адекватность медицинских мероприятий, их оптимальность и соответствие стандартам и правилам оказания МП – все это должен оценивать *специалист*, лучше всего – опытный практикующий врач-хирург. Следует отметить, что научные работники хоть и обладают необходимыми медицинскими познаниями, но им часто не хватает опыта и знания практической стороны вопроса.

Таким образом, для лица, далекого от медицины, которым является следователь, требуется пояснение по каждому медицинскому мероприятию, которое может дать только врач-хирург (*специалист*).

Специалист оказывает помощь следователю в сборе медицинской документации, очерчивая круг документов, в которых могут содержаться доказательства, а также указывая на возможные места хранения необходимых медицинских документов.

Документ как объект криминалистического анализа – это носитель зафиксированной в нем информации о целенаправленной человеческой деятельности, отображающей какое-либо реально существовавшее или существующее событие, явление.

При этом *специалист* может оказать содействие в организации и проведении мероприятий:

- по своевременному получению медицинских документов и принятию мер, чтобы документы не были утрачены и (или) фальсифицированы;

- для оперативного получения сведений справочного характера, а именно: где хранятся медицинские документы; имеются ли противоречия в информации, содержащейся в медицинских документах, прежде всего, это относится к протоколам ЛКК, КЭК, заключениям комитета или министерства здравоохранения субъекта Федерации, заключениям ведущих специалистов; в каких нормативных актах, стандартах, инструкциях, руководствах содержатся

указания о порядке оказания МП по поводу конкретной хирургической патологии.

Таким образом, при преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием хирургической помощи необходимо провести выемку и осмотр производственной медицинской документации, в которой фиксируется процесс оказания МП.

Как ранее указывалось, *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.

Вопросы, выясняемые при выемке и осмотре медицинских документов: в каких документах содержится информация об оказанной МП потерпевшему, где она находится; является ли эта документация исчерпывающей; правильно ли оформлена, нет ли в ней исправлений, дописок и других признаков, свидетельствующих о возможной фальсификации; соответствует ли содержание записей в медицинском документе установленным требованиям по объему информации и ее качеству.

В ходе осмотра могут появиться и другие вопросы, касающиеся специфики выполненных диагностических исследований и проведенного лечения.

Важным аспектом участия *специалиста* является помощь в сборе объектов для будущей судебно-медицинской экспертизы, формулировке вопросов, которые нужно поставить перед экспертом. Отсутствие медицинского образования у следователя и, как следствие, непонимание им специфики расстройства здоровья у пациента, может привести, в свою очередь, к неправильной формулировке вопроса эксперту.

§ 3.2. Особенности оценки заключения специалиста

Таким образом, консультации *специалиста* по специальным вопросам необходимы для планирования расследования и при подготовке к производству конкретных следственных действий. Привлечение *специалиста* к проведению процессуальных следственных действий (изъятию медицинской документации,

ее осмотру, допросу потерпевшего и подозреваемого), получение заключения *специалиста* и его допрос позволяет получить научно обоснованные и с позиции врачебной практики достоверные сведения о факте неадекватного оказания МП. Возможно также получение заключения *специалиста* по вопросам оценки заключения судмедэкспертизы (относительно полноты и всесторонности проведенного экспертами исследования и обоснованности их выводов).

Специалист в отличие от эксперта не проводит исследования, его роль содействовать следователю при осуществлении процессуальных действий (ст. 58 УПК РФ). Однако у *специалиста* можно получить письменное заключение, предметом которого может быть суждение по определенному вопросу, и при необходимости допросить его.

Показания *специалиста* представляют собой сведения об обстоятельствах, требующих специальных знаний, а также разъяснение его мнения, изложенного в заключение (ст. 80 УПК РФ).

Специалист может содействовать следователю, как в исследовании материалов дела, так и в постановке вопросов экспертам-медикам (ч. 1 ст. 58 УПК РФ), которым поручается проведение судебной экспертизы качества МП, имевшей неблагоприятный исход. Именно участие *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 доказательств⁴¹.

В судебно-медицинской практике заключения специалистов изредка встречаются, их представляют в суд адвокаты и так называемые независимые эксперты. В основном они касаются оценки заключений экспертов.

Объясняется это неосведомленностью многих участников уголовного судопроизводства о возможности проведения многих экспертиз, недостаточностью независимых экспертов и профильных учреждений. Это

⁴¹ Зинин А.М. Криминалист в следственных действиях: Учебно-практическое пособие. – М., 2004. С. 12.

препятствует становлению новой процессуальной формы применения медицинских знаний в расследовании. На наш взгляд, это объяснимо и названной позицией следственных работников.

Изучение дел о ятрогенных деяниях показывает, что положения УПК об обязательном участии «судебно-медицинского эксперта, врача или иных специалистов» в осмотре трупа и эксгумации (ч. 1 и 4 ст. 178 УПК РФ), участии «врача или иного специалиста» в освидетельствовании (ч. 3 ст. 179 УПК РФ) обычно соблюдают. Анализ данных норм говорит о наделении законодателем судебного медика (должность), врача (профессия), иных специалистов (нередко эксперта-биолога)

Федеральным законом от 4 июля 2003 г. № 92-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации» было закреплено еще две процессуальные формы использования специальных знаний – заключение и показания *специалиста*. Однако законодатель не раскрыл суть новелл, ничего не говорит о порядке назначения исследования *специалистом*, выборе лица, которому оно назначается, об объеме вопросов, решаемых специалистом, сроках производства, форме заключения.

Также непонятна позиция законодателя в отношении показаний *специалиста*: порядок производства допроса специалиста, круг вопросов на которые он мог бы ответить (не выходящие за пределы проведенного им ранее исследования и составленного им заключения или круг вопросов не ограничивается исследованием; возможны ли случаи допроса *специалиста* без проведения им исследования), права и обязанности специалиста при производстве допроса, его ответственность за дачу ложных показаний и др.

Является актуальным высказывание В.Ф. Статкуса, который говорил, 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»⁴².

В.М. Быков и Т.Ю. Ситникова указывают, что, «пригласив специалиста и поставив перед 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»⁴³.

Данной точки зрения 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»⁴⁴.

Осмотрев объект, представленный следователем, изучив его свойства, при необходимости проведя экспресс-исследования, *специалист* составляет письменное заключение по поставленным перед ним вопросам.

Данное заключение представляет собой его субъективное суждение, основанное на данных конкретной отрасли научного знания. 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»⁴⁵.

⁴² □ Статус В.Ф. О функциях, правах и обязанностях специалиста в уголовном процессе // Вестник криминалистики. Вып. № 15. – М., 2005. – С. 58.

⁴³ Быков В.М., Ситникова Т.Ю. Указ. раб. С. 20-21.

⁴⁴ 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

⁴⁵ □ 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.

Таким образом, *специалист* в отличие от эксперта не проводит исследования, его роль содействовать следователю при осуществлении процессуальных действий (ст. 58 УПК РФ). Однако у *специалиста* можно получить письменное заключение, предметом которого может быть суждение по определенному вопросу, и при необходимости допросить его. Показания *специалиста*, представляют собой сведения об обстоятельствах, требующих специальных знаний, а также разъяснение его мнения, изложенного в заключение (ст. 80 УПК РФ).

Специалист может содействовать следователю, как в исследовании материалов дела, так и в постановке вопросов экспертам медикам (ч. 1 ст. 58 УПК РФ), которым поручается проведение судебной экспертизы качества оказания медицинской помощи, имевшей неблагоприятный исход.

§ 3.3. Особенности оценки выводов судебно-медицинского эксперта

Следует обратить внимание на обязанность следователя и суда проводить оценку доказательств, в том числе и заключения эксперта. Чтобы следователю либо судье «критически относиться к экспертизе, необходимо самому располагать достаточными познаниями в области применения научных методов к исследованию преступлений»⁴⁶.

Все вопросы, которые ставятся на разрешение экспертов при судебно-медицинской экспертизе медицинской деятельности, можно условно разделить на две группы: вопросы, касающиеся особенностей организма пациента, и вопросы, касающиеся действий медицинских работников.

Несмотря на то, что доказательства не имеют заранее установленной силы, на практике заключение судебно-медицинской экспертизы (СМЭ) качества оказания МП ложится в основу системы доказательств при расследовании преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием МП в хирургии. Основная задача судебно-медицинского эксперта – оценить диагностические и лечебные мероприятия, которые были произведены субъектами ятрогенного преступления, с точки зрения правильности, полноты, адекватности и

⁴⁶ Рейсс Р.А. Научная техника расследования преступлений / Под ред. С.Н. Трегубова. СПб, 1912. С. 3-4.

эффективности.

Современная судебно-медицинская экспертиза понимается как действие, включающее в себя исследование и дачу заключений экспертом по вопросам, возникающим в ходе расследования, которые требуют использования специальных знаний в области медицины.

В большей степени в рамках нашего исследования нас интересует СМЭ медицинской деятельности, т.е. такие исследования, которые касаются произведенных медицинских мероприятий. Задачи СМЭ медицинской деятельности состоят в установлении наличия дефектов МП, выявления причин совершения неправильных действий, установлении наличия объективной возможности у медицинского работника предвидеть и предотвратить неблагоприятные последствия.

По нашему мнению, СМЭ качества оказания МП должна назначаться только после возбуждения уголовного дела и получения от *специалиста*:

- разъяснения по вопросам, касающимся вида МП по поводу заболевания, характера, объема МП, последовательности ее оказания и т. д.; процесса фактического оказания МП в интересах конкретного лица и соответствия существующим правилам оказания МП;

- письменного заключения, содержащего его суждения по вопросам характера и содержания МП;

- консультационной помощи при подготовке объектов для производства СМЭ и формулировании вопросов для экспертов.

Тремя основными объектами СМЭ медицинской деятельности являются живые лица, трупы, а также иные предметы (вещественные доказательства), к числу которых могут относиться документы, инструменты и т.д.

Происхождение каждого объекта не должно подлежать сомнению. К сожалению, медицинская «корпоративность» ведет, в том числе, и к утрате объектов, экспертиза которых могла бы сыграть важную роль в расследовании. Для исследования эксперту должны предоставляться только надлежащие объекты.

Следует отметить особенности современных тенденций СМЭ медицинской деятельности в хирургии. С одной стороны, современная деятельность судебно-медицинского эксперта характеризуется ростом общего числа проводимых экспертиз (в том числе комплексных и комиссионных) при расследовании дел о ненадлежащем оказании хирургической помощи.

С другой стороны, наблюдение и обобщение судебно-медицинской практики неблагоприятных исходов не производится, следовательно, отсутствует эмпирический материал для исследования ятрогений.

Вместе с тем, нами проведен анализ судебно-медицинских экспертиз, связанных с дефектами оказания хирургической помощи. Учитывались экспертизы, проведенные в рамках уголовных, гражданских дел и до следственных проверок. Анализировался материал по отделу сложных экспертиз СПб ГБУЗ Бюро Судебно-Медицинской экспертизы Санкт-Петербурга. Исследование охватило 2009-2016 годы. Всего было проанализировано 295 экспертиз по «врачебным» делам, из них по «хирургическим» делам – 118 (40 %).

Были определены следующие требования к отбираемым и исследуемым материалам: из общего числа экспертиз по фактам неоказания или ненадлежащего оказания МП отбирались экспертизы, в которых рассматривалась правомерность действий врачей хирургических специальностей при проведении лечебных и диагностических хирургических процедур, манипуляций и операций. В соответствии с разработанной методикой исследования первоначально из обширного массива сложных экспертиз отбирались все комиссионные экспертизы по «врачебным делам» о ненадлежащем оказании или неоказании МП, затем из них отбирались «хирургические» дела по хирургическим специальностям.

В ходе исследования установлено следующее распределение числа экспертиз по отдельным специальностям: общая хирургия – 81 (68,6%); колопроктология – 1 (0,84%); нейрохирургия – 12 (10,2%); торакальная хирургия – 8 (6,8%); сердечно сосудистая хирургия – 4 (3,4%); урология –

9 (7,6%); эндоскопия – 3 (2,5%).

Таким образом, абсолютное большинство дефектов оказания хирургической помощи относится к сфере общей хирургии, преимущественно при полостных абдоминальных вмешательствах.

Преобладающими нозологическими формами явились: острый аппендицит, острый панкреатит, острый холецистит, острый перитонит, желудочно-кишечные кровотечения различной этиологии.

Следует отметить, что с 2010 года наблюдается планомерный поступательный рост «хирургических» экспертиз. При этом рост числа экспертиз обусловлен увеличением количества уголовных дел и следственных проверок по фактам правонарушений медицинских работников. Это прямо отражает увеличение числа выявляемых следственными органами правонарушений.

Из проанализированных экспертных исследований 79 (66,9%) было проведено в рамках возбужденных уголовных дел, 30 (25,4%) в рамках гражданских дел и 9 (7,6%) – по материалам проверок.

Экспертизы «оправдательного» характера (установивших надлежащее оказание хирургической помощи) отмечены в 62 случае (52,5%), «обвинительные» (установивших ненадлежащее оказание хирургической помощи) – в 56 случаях (47,5%).

Среди всего массива экспертиз повторных было 9 (7,6%), причем из своего региона 6 (5,1%), а из других регионов 3 (2,5%). Из них 3 (~33,33%) полностью подтвердили выводы первичной экспертизы, в 1 (~11,11%) частично изменены выводы первичной экспертизы, в 2 (~22,22%) дополнены выводы первичных экспертиз, 2 (~22,22%) частично изменили и дополнили выводы первичных экспертиз. В одном случае (~11,11%) характер заключения был изменен с «обвинительного» на «оправдательный» (первичная экспертиза проведена в другом регионе).

Дополнения первичных экспертиз состояли в более подробном обосновании выводов. В повторных экспертизах также проводился более

полный анализ представленных на исследование данных. Изменения первичных экспертиз затрагивали ответы на отдельные вопросы, не меняя сути («оправдательной» или «обвинительной») заключения. При анализе повторных экспертиз оказалось, что нередки ситуации, когда у сторон в процессе возникают неразрешимые противоречия относительно части выводов первичной экспертизы. При назначении повторной экспертизы составляется список вопросов, полностью повторяющие вопросы для первичной экспертизы (в том числе те, ответы на которые уже даны и не вызывают сомнения).

Таким образом, фактически дважды выполняется одна и та же работа двумя различными экспертными учреждениями. Целесообразность подобных повторных вопросов, с нашей точки зрения, спорна, более того – с позиции формальной логики сомнительна и не обоснована.

Окончательный список вопросов формируется путем простого суммирования вопросов, предложенных сторонами, без оценки их реального смысла. При этом возникают частые повторы, перефразировки одного и того же вопроса, вкрадываются логические ошибки (подмена понятий, логические «замкнутые» круги), что в дальнейшем осложняет работу экспертной комиссии, заставляет искать формулировки обоснованных отказов от ответов на подобные вопросы, отвлекает от сути заключения и распыляет усилия комиссии по формированию полноценных обоснованных выводов⁴⁷.

Среднее соотношение числа судебно-медицинских экспертов и консультантов в рамках проведения одной экспертизы составило 5 к 3. Минимальный состав комиссии – 2 судебно-медицинских эксперта. Максимальное количество экспертов в рамках одной экспертизы – 9, из них 3 судебно-медицинских эксперта (председатель комиссии, организатор-докладчик, гистолог) и 6 клиницистов. Средний стаж работы по специальности членов экспертных комиссий составляет 19 лет, 94% имеют высшую квалификационную категорию, 80 % – ученые степени и звания.

⁴⁷ Судебно-медицинская экспертиза неблагоприятного исхода хирургической помощи (анализ практики и разработка методики) / Фокин М.М. Фокин, М.М Ерофеев С.В. // Медицинская экспертиза и право. — 2013 — №1. — С. 13-17.

Критерии объективной оценки заключения СМЭ можно условно разделить на две группы: критерии, относящиеся к личности эксперта, и критерии, относящиеся к полученному в результате экспертного исследования новому знанию.

Так, личность эксперта оценивается с точки зрения его образования, специализации и квалификации, а также компетенция, в рамках которой он имеет право давать заключение. Имеет смысл выяснить, не имеется ли оснований для отвода эксперта, нет ли связей между экспертом и субъектом рассматриваемого преступления. Нельзя упускать из виду, что медицинскому миру свойственна корпоративность – даже не подлежащие отводу в законодательном порядке эксперты иногда не желают или не осмеливаются давать объективную оценку действиям своих коллег. Выход из сложившейся ситуации большинство исследователей видят в том, чтобы разорвать «круговую поруку», например, назначив проведение экспертизы в судебно-медицинском учреждении другого субъекта федерации⁴⁸.

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 должны⁴⁹.

Кроме того, экспертам свойственно высказывать мнение о наличии в действиях врача признаков крайней необходимости, обоснованного риска, «врачебной ошибки», что также выходит за рамки их компетенции.

Среди дефектов, выявленных при проведении СМЭ по «хирургическим» делам, преобладают организационные и методические; доля существенных нарушений (неправильно назначенное/проведенное лечение, фактический

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.

⁴⁹ Тихомиров А.В. Медицинское право: Практ. пособие. М., 1998. – С.211.

дефект техники выполнения манипуляции) составляет менее 10%. При этом доля неоказания помощи (в том числе оставления без наблюдения), обусловившего неблагоприятных исход, при фактически надлежащем оказании помощи в остальное время (за пределами казуса лечения) составила около 15%⁵⁰.

Необходимо отметить также, что нельзя приуменьшать значение протоколов допроса свидетелей, потерпевшего и подозреваемого в качестве объектов СМЭ медицинской деятельности⁵¹.

Заключение СМЭ оценивается как с точки зрения соблюдения процессуальной формы, так и с точки зрения содержания. Выводы экспертов оцениваются, как любые доказательства, по критериям относимости и допустимости. Среди экспертных исследований по «хирургическим» делам количество «оправдательных» экспертиз превышает число «обвинительных» – в целом по выборке в 1,44 раза, при этом минимальным является соотношение «оправдательных» заключений к «обвинительным» среди уголовных дел – 1,25, несколько выше среди гражданских – 1,36 и максимальным по материалам проверок – 2,7. Это свидетельствует о том, что уголовные дела несколько чаще возбуждаются обоснованно в отношении дефектов оказания хирургической помощи, чем гражданские (в данной выборке на 8,8%), а материалы проверок зачастую проводятся по формальным необоснованным предположениям о наличии дефекта хирургической помощи. Так, предположения о дефекте в материалах проверок обоснованы в 2 раза реже, чем в гражданских делах и в 2,16 раза реже, чем в уголовных⁵².

Динамику отрицательных тенденций в здравоохранении в значительной

⁵⁰ Судебно-медицинская экспертиза неблагоприятного исхода хирургической помощи (анализ практики и разработка методики) / Фокин М.М. Фокин М.М. Ерофеев С.В. // Медицинская экспертиза и право. — 2013 — №1. — С. 13-17.

⁵¹ Галюкова М.И. Профессиональные преступления медицинских работников: современное состояние проблемы // Проблемы борьбы с отдельными видами преступлений: Криминологический Журнал ОГУЭП. 2007. — с.39.

⁵² Судебно-медицинская экспертиза неблагоприятного исхода хирургической помощи (анализ практики и разработка методики) / Фокин М.М. Фокин М.М. Ерофеев С.В. // Медицинская экспертиза и право. — 2013 — №1. — С. 13-17.

мере стимулирует профессиональная корпоративность в медицинской среде, опасность которой обществом еще не осознана в полной мере. Профессиональной корпоративностью во многом объясняется существующая среди медицинских работников уверенность в своей безнаказанности, и, как следствие этого, высокая латентность ятрогенных правонарушений. Профессиональной корпоративностью объясняется и оказываемое медицинскими работниками, включая судебных медицинских экспертов, изоэтно-завуалированное противодействие следственным органам и суду. Такова печальная объективная действительность, связанная с ятрогенными посягательствами на жизнь и здоровье человека, как социальным выражением сущности криминальной деятельности в здравоохранении.

Основные дефекты заключений СМЭ обусловлены нарушениями требований основных законов логики. Чаще всего эксперты строят свои заключения по схеме «вопрос-ответ», но и это не уберегает их от логических ошибок.

К счастью, лицу, ведущему расследование, и не имеющему специального медицинского образования, легче выявить допущенные экспертом логические ошибки, чем, например, оценить знания, полученные с помощью новой методики, с точки зрения достоверности.

Анализ СМЭ по уголовным делам о ятрогенных преступлениях показывает, что довольно часто при проведении исследования эксперты «случайно пропускают» из поля своего зрения ятрогенный дефект оказания МП и не описывают его причинно-следственные отношения с непосредственной причиной неблагоприятного исхода.

Выявив дефект в выполнении медицинского мероприятия и указав непосредственную причину смерти или телесного повреждения, эксперты часто отмечают отсутствие между ними прямых причинно-следственных отношений. Такое важное звено в этой цепочке как ятрогенное осложнение как бы «случайно» оказывается за рамками их исследований.

Считаем, что трактовать данное обстоятельство в судебно-медицинских

экспертизах надо как умышленное желание «исключить» ятрогению из причинной цепочки, а не как невысокий профессионализм экспертов. Для сокрытия необъективной аргументации невиновности медицинского работника, оказавшего МП, закончившуюся летальным исходом, как правило, используется изложение экспертного заключения нагромождением из профессиональных терминов, умышленно не адаптированных для понимания участниками процесса.

Рассмотрим самые частые дефекты в судебно-медицинских заключениях, обусловленные умышленным нарушением требований основных законов логики. В своей деятельности эксперты нарушают четыре основных закона формальной логики: тождества, не противоречия, исключенного третьего и достаточного основания⁵³.

- *Закон тождества* («Тождественные мысли не различны, различные мысли не тождественны»).

Так, например, в нарушение закона тождества, направленного на максимально точную, четкую формулировку любого утверждения, эксперты используют разные термины, обозначающие одни и те же понятия. Нарушить закон тождества можно и другим способом – противопоставляя или разделяя одно и то же понятие. К нарушениям этого закона можно отнести также так называемую проблему «подмены понятий», когда искусственно смешиваются два разных термина, наполненных абсолютно разным содержанием.

- *Закон не противоречия* («Два противоположных суждения в одно и то же время не могут быть истинными, по крайней мере, одно из них ложно»).

Закон не противоречия заключается в необходимости построения последовательного рассуждения. В отношении одного и того же предмета нельзя высказывать два противоположных суждения.

- *Закон исключенного третьего* («Два противоречащих суждения одновременно не могут быть ложными: одно из них непременно истинно, а

⁵³ Вермель, И. Г. Вопросы логики в судебно-медицинских заключениях: По делам о правильности действий медицинских работников. -М.: Медицина, 1974. – С.5.

третьего не может быть»).

Закон исключенного третьего не позволяет одновременно говорить и о наличии, и об отсутствии у предмета какого-либо признака⁵⁴.

- *Закон достаточного основания* («Всякая истинная мысль должна быть обоснована»).

Четвертый закон логики – закон достаточного основания – подразумевает необходимость аргументации любого высказанного суждения.

Нарушения этого закона имеют место в двух случаях: при полном отсутствии аргументации либо при неправильной аргументации - чем шире и подробнее будет аргументировано заключение, тем больше оснований ему доверять.

Пример: Пациентка Н., 30 лет, прооперирована в плановом порядке в Клинике по поводу хронического воспаления слизистых оболочек носа. Перед оперативным лечением пациентка тщательно обследована, хронических заболеваний не выявлено. Выполнена плановая операция – исправление носовой перегородки с удалением участка слизистой. Впервые же сутки течение послеоперационного периода осложнилось длительным и тяжелым кровотечением. Остановить кровотечение не удавалось в течении двух суток. Хронология трагических событий: Первые сутки – пациентка Н. поступает в Клинику. Вторые сутки – утром пациентке выполняют плановую операцию. В течение суток пациентку ничего не беспокоит. На 3-е сутки, утром, у пациентки появляется головная боль, распирающие боли в носу. Через два часа – перевязка. Появилось уже заметное наружное кровотечение из носа. Тампонада носа. Пациентка отправлена в палату. Через 30 минут после перевязки повторное кровотечение. Повторная перевязка с тампонадой. Через час после повторной перевязки – пациентка жалуется на сильную слабость и ухудшение самочувствия. Резкое снижение артериального давления до критических цифр. Через 10 минут пациентка переведена в Палату

⁵⁴ Вермель, И. Г. Вопросы логики в судебно-медицинских заключениях: По делам о правильности действий медицинских работников. -М.: Медицина, 1974. С.12.

интенсивной терапии (ПИТ). Далее пациентка наблюдается в ПИТе в течение 28 часов и только когда состояние больной приблизилось к крайне тяжелому – она была переведена в специализированное медицинское учреждение, где, несмотря на комплекс проведенных мероприятий, погибла при явлениях осложненного кровотечения и полиорганной недостаточности. Синдром тяжелой кровопотери запустил необратимую цепную реакцию. Таким образом, пациентка Н., 30 лет, погибла после плановой операции, которая в раннем послеоперационном периоде осложнилась тяжелым кровотечением, а позднее - полиорганной недостаточностью. При вскрытии в патологоанатомическом отделении специализированного медицинского учреждения у погибшей пациентки Н. обнаружено повреждение решетчатой кости основания черепа. Указанное повреждение было получено в результате небрежно проведенной операции. Заключение Клинико-Экспертной Комиссии Комитета по здравоохранению: «Оперативное лечение было проведено без дефектов. Пациентка Н. погибла от полиорганной недостаточности вследствие осложненного кровотечения в послеоперационном периоде» (нарушение Закона непротиворечия, а именно: в чем причина тяжелого кровотечения, если операция была выполнена безупречно?). Протокол вскрытия в специализированном медицинском учреждении: «Основной диагноз – Операция по поводу искривления перегородки носа. Осложнения – Острая кровопотеря тяжелой степени в раннем послеоперационном периоде. Острая почечная недостаточность. Некроз (гибель) коркового слоя обеих почек. Вывод: смерть пациентки Н. наступила вследствие тяжелой кровопотери и полиорганной недостаточности» (умышленно сокрыт ятрогенный дефект оказания МП. Названы только его последствия). В рамках возбужденного уголовного дела на основании постановления следователя проведена комиссия судебно-медицинская экспертиза по материалам. Эксгумация не выполнялась. Экспертиза проводилась в Городском Экспертном учреждении. Заключение СМЭ: «Операция проведена правильно. Были дефекты оказания МП в виде недооценки тяжести и запоздалого перевода в

специализированное учреждение. Указанные дефекты не связаны с гибелью Н. Иными словами: «роковое стечение обстоятельств». «Смерть пациентки Н. наступила от сепсиса. Поэтому указанные незначительные дефекты медицинской помощи никак не могли способствовать развитию септического состояния. Источник инфекции, который привел к генерализованному сепсису, источник которого находился в придаточных пазухах носа или в носоглотке. Перед операцией пациентка была абсолютно здорова» (нарушение Закона непротиворечия, а именно: источник инфекции был, но пациентка была здорова?). Родственники погибшей пациентки Н. не согласились с такими выводами первой СМЭ и ходатайствовали о повторной СМЭ в другом учреждении по материалам уголовного дела. Эксгумация не проводилась. Выводы повторной СМЭ: «Операция проведена с техническими ошибками – была травмирована решетчатая кость. В раннем послеоперационном периоде это привело к тяжелой кровопотере. Пациентка Н. должным образом не наблюдалась персоналом клиники. Тяжелая кровопотеря привела к необратимой полиорганной недостаточности, которая, в свою очередь, привела к быстрой гибели пациентки Н. (нет нарушений законов логики). По инициативе стороны защиты была назначена третья СМЭ по материалам дела, но уже на федеральном уровне. Эксгумация не проводилась. Выводы Федеральной СМЭ: «Травмы решетчатой кости во время операции не было, потому что нет фотографий самой кости. Основывать на протоколе патологоанатомического вскрытия в этой части нельзя» (нарушение Закона достаточного основания, а именно: отсутствие фотографий непосредственного дефекта оказания МП умышленно трактуется как отсутствие каких-либо доказательств вообще. Протокол вскрытия по мнению сотрудников Федеральной СМЭ не является письменным доказательством). «У пациентки Н. был сепсис и кровопотеря. Поэтому трудно установить непосредственную причину смерти» (нарушение Закона исключенного третьего, а именно: у погибшей больной истинная причина смерти должна быть одна. Какой-либо иной причины быть не может, если

следовать законам логики). «Тем не менее, смерть пациентки Н. явилась следствием операции, которая привела к сепсису, который, в свою очередь, осложнился полиорганной недостаточностью. А полиорганная недостаточность, в свою очередь, привела к вторичному кровотечению, которое утяжелило течение сепсиса, который, в свою очередь, и привел к смерти пациентки Н.» (нарушение Закона достаточного основания, Закона тождества, Закона исключенного третьего, а именно: - смерть пациентки явилась следствием операции, но погибла от сепсиса? - операция привела к сепсису, но пациентка погибла от полиорганной недостаточности? - полиорганная недостаточность привела к вторичному кровотечению, но кровотечение не является причиной смерти? - пациентка погибла от сепсиса, но полиорганная недостаточность не является причиной смерти? «Дефекты оказания МП несомненно есть. И врачи клиники, и врачи специализированного медицинского учреждения не диагностировали причину главного заболевания – сепсис. Это повлекло за собой неправильную тактику лечения (недостаточное количество антибиотиков) и существенно повлияло на неблагоприятный исход» (нарушение Закона тождества, а именно: какое было основное заболевание и почему сепсис является его главным осложнением?). «Но даже если бы сепсис правильно лечили, то пациентка в почти половине случаев все-таки бы погибла. Таким образом, между ошибочными действиями врачей Клиники и врачей специализированного медицинского учреждения и смертью пациентки Н. нет прямой причинной связи» (нарушение Закона достаточного основания, Закона не противоречия, а именно: так надо было лечить сепсис или нет? А вообще надо было лечить пациентку, или она и так бы погибла? Если у больного сепсис – то можно делать ошибки, больному уже ничего не поможет и не навредит?). «У пациентки Н. была высокая патогенность микроорганизмов и повышенная воспалительная реактивность организма. Каких-либо сопутствующих заболеваний у пациентки Н., которые могли бы повлиять на наступление летального исхода не обнаружено» (нарушение Закона не противоречия, а именно: пациентка была здорова, но не здорова?).

«Кровотечение в послеоперационном периоде у погибшей Н. не было. Артериальное давление до критических значений снизилось не из-за кровопотери и не из-за заболевания системы кровообращения. Но падение артериального давления также не связано и действиями сотрудников Клиники» (нарушение Закона тождества, Закона исключенного третьего, Закона достаточного основания, а именно: - кровотечения у погибшей пациентки не было, а артериальное давление снизилось до критических цифр по необъяснимым причинам? – при этом повторные перевязки с тампонадами выполнялись при кровотечении, но это было не кровотечение? – кровотечение было, но не из-за действий сотрудников Клиники? – кровотечения не было, а было необъяснимое и резкое снижение артериального давления? – сотрудники Клиники ни в чем не виновны?). «Действия лечащего врача-хирурга Клиники были правильны. Длительное ожидание перевода (около 10 часов) в специализированное учреждение, при отсутствии возможности проведения гемодиализа, а также адекватного лечения могло явиться одной из причин ухудшения состояния погибшей Н.» (нарушение Закона тождества, Закона не противоречия, Закона исключенного третьего, Закона достаточного основания, а именно: - действия врача-хирурга были правильны, но перевод в специализированное медицинское учреждение был с задержкой в 10 часов? – это был не дефект оказанияМП, а так называемое длительное ожидание? – при отсутствии гемодиализа следует не торопиться с переводом погибающего пациента в специализированное медицинское учреждение? – отсутствие адекватного лечения имело место, но действия врача-хирурга были правильны?).

Однако дефекты судебно-медицинских заключений не ограничиваются исключительно нарушениями законов логики. В отдельную группу можно выделить те ошибки, которые связаны с нарушениями правил доказательства.

Доказательство строится по следующей схеме: сначала доказываются аргументы - суждения, которые будут служить основанием для доказательства истинности тезиса – окончательного суждения, в нашем случае – вывода

эксперта.

Аргументы – это симптомы, синдромы, клиническая картина протекания заболевания. Тезисом в данном случае будет являться причина неблагоприятного исхода и вывод о наличии или отсутствии дефекта МП.

Доказательства могут быть прямыми и косвенными. Если аргумент непосредственно подтверждает истинность тезиса, то речь идет о прямом доказательстве, если доказывание осуществляется методом исключения либо так называемым методом «от противного», то его называют косвенным.

Для того чтобы доказательство не было опровергнуто, тезис должен быть однозначным и четким. Недопустима распространенная в экспертной практике расплывчатая формулировка: «медицинский работник действовал правильно, но допустил следующие незначительные ошибки»⁵⁵.

Таким образом, очевидно, судебно-медицинские эксперты пытаются показать свою лояльность к коллегам-медикам или отказываются брать на себя ответственность за слишком категоричное суждение. Однако правильные действия – это безошибочные действия, а тактика лечения, содержащая ошибки, не может быть признана правильной. Помимо нечеткости и неоднозначности тезиса, распространена так называемая «подмена тезиса». Тезис не должен меняться в процессе доказывания. Однако часто эксперты дают ответ совсем не на тот вопрос, который был перед ними поставлен следствием. Чаще всего такое происходит при ответе на вопрос о правильности постановки диагноза или назначения лечения. Вместо конкретного ответа на такой вопрос эксперты отвечают, что установление более точного диагноза было невозможно, что лечение соответствовало полученной при диагностике информации и т.д.

Иногда ответ заменяется пространными рассуждениями, из которых нельзя сделать однозначного вывода. Нельзя утверждать, что эксперты всегда умышленно подменяют тезис. Возможно, их ошибки связаны с неправильным пониманием заданного вопроса⁵⁶.

⁵⁵ Вермель, И. Г. Вопросы логики в судебно-медицинских заключениях: По делам о правильности действий медицинских работников. -М.: Медицина, 1974. С.19.

⁵⁶ Судебно-медицинская экспертиза неблагоприятного исхода хирургической помощи (анализ практики и

Нельзя не упомянуть о такой распространенной экспертной ошибке, как «довод к человеку».

В качестве аргументации утверждения приводятся не факты - нарушения стандартов МП и правил оказания МП или отсутствие таковых, а ссылки на конкретного медицинского работника, который, по мнению эксперта, имеет или не имеет необходимого опыта. Такие выводы недопустимы.

Практике известны многочисленные случаи, когда дефекты оказания МП допускали квалифицированные и опытные врачи.

Кроме того, эксперты часто неоправданно расширяют тезис, который необходимо доказать. Таким образом, получается, что существующих аргументов недостаточно для доказательства этого широкого тезиса. Иногда эксперты напротив искусственно сужают область исследований, доказывая не весь тезис, а его часть. Ответ в таких случаях оказывается уже вопроса.

На основании вышесказанного можно выстроить список из нескольких правил, обязательных как для самих экспертов, так и при оценке экспертных заключений:

- Аргументы должны быть истинными и доказанными суждениями, каждое из которых не должно ставиться под сомнение или противоречить друг другу. Истинный тезис не может основываться на ложном аргументе: аргументы, которые ложатся в основу основного тезиса, должны быть доказаны, иначе возникает логическая ошибка, которая называется «предвосхищением основания».

- Существует еще одна распространённая доказательственная ошибка – так называемый «доказательственный круг». Этот круг подразумевает доказательство тезиса аргументами, а аргументов – тезисом. Такое увязывание аргументов и тезиса недопустимо.

Нельзя упускать из виду и то, что в ходе доказательства должны соблюдаться общие требования к умозаключениям. Например, если тезис не

разработка методики) / Фокин М.М.Фокин, М.М.Ерофеев С.В. // Медицинская экспертиза и право. — 2013 — №1. — С. 13-17.

вытекает из аргументов, возникает так называемое «мнимое следование». Следование одного события за другим не означает того, что первое событие является причиной второго.

Кроме того, существуют так называемые каскадные ятрогении, исследование которых представляет трудности, как для экспертов, так и для следственных органов. Каскадная ятрогения характерна тем, что при наличии причинно-следственной связи между деянием и последствием прямая коррелятивная связь отсутствует. В деятельности экспертов прослеживаются и другие недостатки, к сожалению, ставшие закономерностью.

Так, эксперты обычно отвечают на вопросы, заданные следователем, в том порядке, в котором они предложены, а не в том, в котором ответы будут способствовать лучшему восприятию выводов. Разумеется, нельзя назвать эту распространенную систему ошибочной, но, если расположить ответы в таком порядке: «имеющиеся повреждения – причина неблагоприятного исхода – вывод о правильности лечения», то можно избежать многократных повторений одной и той же информации.

Бывают ситуации, когда логически безупречное экспертное заключение все же вызывает сомнения. Кроме того, если в нашей стране существуют пробелы в системе стандартов МП и правил оказания МП. Более того, система стандартов проведения судебно-медицинской деятельности отсутствует как таковая. Следует учитывать и то, что даже если медики имеют опыт претворения в жизнь новейшей методики, то их коллеги-эксперты могут не иметь наработок в этой сфере вообще.

При анализе сущности экспертизы возникает мысль о том, что она может проводиться с разными целевыми установками. В одном случае оно осуществляется для получения ранее не известного результата (вывода). Во втором же случае, целью служит закрепление очевидного вывода установленным законом порядком.

Как уже говорилось выше, необъективность экспертного заключения может быть вызвана и другими, далекими от собственно медицинских трудностей

причинами – корпоративностью, попыткой проявить лояльность по отношению к коллеге, давлением медицинской общественности. Поэтому заключение СМЭ может быть оценено только в комплексе с другими доказательствами. Часто заключение СМЭ, как результат узко специфической деятельности, вызывает у участников процесса большие затруднения. Однако опытный эксперт должен уметь изложить сложные вопросы таким образом, чтобы люди, не обладающие специальным медицинским образованием, могли понять его выводы, не прибегая к специальной литературе.

На основании вышеизложенного в настоящей главе можно сделать следующие выводы: участие специалиста в проверке и анализе первичных материалов на стадии досудебного производства – залог принятия обоснованного решения по преступлениям, связанных с ненадлежащим оказанием хирургической помощи.

Для исследования обстоятельств события, связанного с фактом неправомерного врачевания, ненадлежащего оказания или неоказания МП, имевшей неблагоприятный исход, требуются специальные медицинские знания. Поэтому необходимо привлекать специалиста медика. С его участием желательно провести предварительное исследование медицинских документов, которое по своей природе имеет ориентирующий характер.

Вместе с тем, невозможно дать исчерпывающие рекомендации, охватывающие полноту изучения каждого ятрогенного случая. Однако следователь, формулируя вопросы для экспертов, с позиции криминалистики должен ориентироваться на структуру ятрогенного преступления, выше нами подробно рассмотренную, которая представляет собой цепочку взаимосвязанных, взаимообусловленных и взаимозависимых элементов (факторов), с одной стороны, детерминирующих развитие непосредственной причины неблагоприятного исхода оказания МП, а с другой, обусловленных обстановкой: Пациент → Врач → Врачебный процесс → Нарушение правил оказания МП → Ятрогенный дефект → Ятрогения → Неблагоприятный исход → Место → Время ↔ Обстановка.

По уголовно-процессуальному закону заключение эксперта не является особым доказательством, однако оценка его всегда требует системного подхода, а именно, изучения не только выводов, но и исследовательской части. Такой подход при оценке заключения СМЭ качества МП особо необходим, так как позволяет избежать принятия необоснованного решения по делу.

Глава 4. Особенности поддержания государственного обвинения по делам о преступлениях, совершенными хирургами вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей

Подготовка государственного обвинителя к участию в судебном разбирательстве по делам о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием МП в хирургии включает в себя:

- изучение материалов дела,
- изучение нормативного материала и судебной практики,

- планирование деятельности.

К изучению материалов дела относится: определение предмета и пределов доказывания исходя из содержания ст. 73 и 299 УПК РФ.

Понятию, классификации и содержанию следственных ошибок посвящен ряд работ, главным образом в области криминалистики⁵⁷.

Г. А. Зорин и соавторы выделяют *уголовно-процессуальные, тактические, уголовно-правовые, организационные, и психологические ошибки*⁵⁸. Наибольший интерес для государственного обвинителя представляют *уголовно-процессуальные и уголовно-правовые ошибки*. Однако им должны быть проанализированы все допущенные ошибки следствия и дознания. Нарушения, взятые в отдельности, могут признаваться несущественными, а в своей совокупности могут оказаться существенными. Наличие нарушений закона дает общее представление о расследовании и рассмотрении дела, о небрежности или невнимательности к требованиям закона и может подкрепить критический подход адвоката к выводам следствия и суда⁵⁹.

Подготовительная часть судебного разбирательства начинается с момента открытия судебного заседания и продолжается вплоть до начала оглашения обвинительного заключения.

Судебное следствие часть судебного разбирательства, в ходе которого проводится исследование судом с участием сторон всех доказательств, необходимых для обоснования приговора. Судебное следствие состоит из совокупности различных судебных действий, одним из которых является допрос.

⁵⁷ Назаров А. Д. Влияние следственных ошибок на ошибки суда. СПб., 2003; Ульянов В. Г. Государственное обвинение в российском уголовном судопроизводстве (процессуальные и криминалистические аспекты); и др.

⁵⁸ Зорин Г. А., Зорин М. Г., Зорин Р. Г. Возможности криминалистического анализа в процессах предварительного расследования, государственного обвинения и профессиональной защиты по уголовным делам: Учеб.-метод. пособие. М., 2001. С. 229.

⁵⁹ Стецовский Ю. И. Адвокат в уголовном судопроизводстве. М., 1972. С. 121.

Допрос - наиболее распространенное судебное действие и от его умелого проведения зависит качество поддержания государственного обвинения в целом. В судебном допросе можно выделить следующие стадии: *вводную, свободного рассказа и вопросно-ответную.*

Вводная часть включает в себя получение данных о личности допрашиваемого, и, если речь идет о допросе потерпевшего или свидетеля, он предупреждается об уголовной ответственности за дачу ложных показаний и за отказ от дачи показаний.

Стадия свободного рассказа предусмотрена ст. 280 УПК РФ в случае допроса подсудимого, и ст. 283 УПК РФ - в случае допроса свидетеля. Государственному обвинителю необходимо помнить, что российским законодательством наводящие вопросы запрещены (ст. 158 УПК РФ): в любом случае вопрос должен быть сформулирован так, чтобы допрашиваемый не мог извлечь из него никакой информации, и вынужден был обращаться только к своей памяти.

Формы, в которых государственный обвинитель осуществляет допрос, являются специфическими по сравнению со стадией предварительного расследования. В суде может быть проведен *основной, перекрестный и шахматный допрос.*

Государственному обвинителю и суду важно определить *пределы доказывания* (ст. 68 УПК РФ).

Исследование доказательств. Исследование доказательств (ст.ст. 275-290 УПК РФ) проводится путем производства допросов подсудимого, потерпевшего, свидетелей, эксперта, СМЭ, осмотров вещественных доказательств, помещения, оглашения протоколов следственных действий, следственного эксперимента, предъявления для опознания, освидетельствования и др.

Важным доказательством по уголовным делам о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием хирургической помощи является СМЭ. Если в судебном заседании назначается СМЭ или производится допрос

судебно-медицинского эксперта, государственный обвинитель должен позаботиться о том, чтобы его вопросы эксперту были сформулированы четко и ясно, с тем чтобы исключить их неправильное истолкование. Задавать их следует в логической последовательности.

Чаще всего в суде назначается дополнительная или повторная СМЭ. В соответствии со ст. 207 УПК РФ, в случае недостаточной ясности или полноты заключения может быть назначена дополнительная экспертиза, поручаемая тому же или другому эксперту. В случае же необоснованности экспертного заключения или сомнений в его правильности может быть назначена повторная СМЭ, поручаемая другому эксперту или другим экспертам.

На стадии судебного следствия при представлении и исследовании доказательств важен допрос эксперта по объективности и полноте проведенного экспертного исследования, пояснения научной обоснованности и практической значимости примененной методики экспертного исследования, и обоснованности, объективности и логичности выводов экспертов для подтверждения факта имевшего место события неосторожного посягательства хирургом (и другими медицинскими работниками) на жизнь или здоровье пациента вследствие ненадлежащего исполнения врачом своих профессиональных обязанностей, а именно: допущенного им нарушения правил проведения хирургической операции (на стадиях подготовки к операции, ее производству и на заключительной стадии (проведение ревизии органов прилегающих к операционному полю, использованного инструментария и вспомогательных расходных материалов и др.).

Судебные прения состоят из речей обвинителей и защиты, а так же реплик, которыми могут обмениваться участники процесса по поводу сказанного в речах. Руководствуясь ст.ст. 44, 69, 70 УК РФ, прокурор излагает соображения относительно вида, характера и тяжести наказания, которые он считает необходимым применить к подсудимым.

Таким образом, приговор является конечным результатом процедуры уголовного преследования, возложенного законодателем на прокурора.

На основании изложенного в настоящей главе можно сделать следующий вывод: информативности допроса в судебном заседании судмедэксперта позволяет опровергнуть версию защиты, получить подтверждение собранных следствием доказательств по уголовному делу или обосновать необходимость повторной СМЭ.

Заключение

В ходе проведенного исследования нами был сделан вывод о том, что уголовное преследование по делам о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием хирургической помощи, так и вынесение процессуальных решений по данной категории дел оставляет желать лучшего. Кроме того, законодательная база в этой области также весьма несовершенна и нуждается в доработке. Данный вывод мы сделали, несмотря на то, что в настоящее время хирургическое сообщество Санкт-Петербурга оценивает качество оказания МП как удовлетворительное. Можно сделать следующие

выводы об особенностях уголовного преследования по делам о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием хирургической помощи: проблемы расследования вызваны спецификой медицинской деятельности, которая, в свою очередь, обусловлена широким понятийным аппаратом, сложностью проводимых медицинских мероприятий и процессов, протекающих в организме человека. Для того чтобы получить общее представление об изучаемом предмете, требуется тщательный и длительный поэтапный разбор врачебного процесса с привлечением лица, которое обладает специальными знаниями в области медицины.

Необходимость привлечения *специалистов* и экспертов порождает еще ряд проблем. Прежде всего, большую сложность представляет подбор квалифицированного эксперта, который не только был бы знаком с тонкостями деятельности хирурга, но и мог бы проанализировать эту деятельность, не нарушив законов логики. Кроме того, следует учитывать выраженную корпоративность медицинских работников, которые нередко приводит к необъективности со стороны лиц, выступающих в уголовном процессе как в качестве свидетелей, экспертов и специалистов.

Более того, в качестве субъекта выступает медицинский работник. Следовательно, следователь, дознаватель должен учитывать как его профессиональные, так и поведенческие особенности, а также врачебную (медицинскую) этику, особенности взаимоотношений с пациентом. Кроме того, отсутствует единообразие нормативных актов в сфере здравоохранения.

Стандарты МП и порядок оказания МП охватывают лишь небольшую часть заболеваний, так как каждый случай патологии, каждый пациент уникален. Заранее предугадать, какие именно осложнения, и какие именно особенности течения патологического процесса могут возникнуть в данном конкретном случае, крайне затруднительно. Организм человека – очень сложный «механизм».

В настоящей работе мы предложили информационную модель (систему) ятрогенных преступлений в сфере оказания хирургической помощи как

отдельной категории преступлений для того, чтобы подчеркнуть необходимость формирования единого подхода к их расследованию, а также обобщения и анализа практики СМЭ. Мы обобщили организационно-тактические особенности производства наиболее эффективных при расследовании данной категории дел следственных действий, проанализировали распространенные ошибки, допускаемые следователями.

Кроме того, мы попытались указать на основные вопросы использования специальных медицинских знаний в ходе расследования, разобрали недостатки заключений СМЭ по данной категории дел и предложили собственные пути выхода из сложных (спорных) ситуаций.

Так как задачей криминалистики также является разработка и совершенствование средств и методов предотвращения преступлений, в данной работе мы затронули самые общие особенности уголовного преследования по делам о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием хирургической помощи.

Вместе с тем, главная тема настоящего исследования – особенности применения специальных медицинских знаний при формировании доказательств и их использование на стадии уголовного преследования хирургов, совершивших неосторожное причинение смерти или вреда здоровью пациенту вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей при проведении хирургических операций.

На стадии досудебного производства применение специальных знаний является исключительно важным фактором:

- при проведении предварительной проверки заявления о факте неадекватного оказания МП хирургом, повлекшим неблагоприятные последствия для пациента – причинение смерти или тяжкого вреда здоровью. Результаты судебно-медицинского исследования являются основным источником информации, оцениваемой следователем и прокурором как достаточные данные для принятия обоснованного и законного решения о возбуждении или отказе в возбуждении уголовного дела;

- на стадии предварительного расследования ятрогенного преступления применение специальных знаний позволяет получить и закрепить как доказательства по делу информацию об обстоятельствах события ятрогенного преступления и причастности конкретных лиц к его совершению (ст. 73 УПК РФ).

Привлечение *специалиста* к проведению следственных действий (изъятию медицинской документации, ее осмотру, допросу потерпевшего и подозреваемого), получение заключения специалиста и его допрос позволяет получить научно обоснованные и с позиции врачебной практики достоверные сведения о факте неадекватного оказания МП. Возможно получение консультативного заключение *специалиста* по вопросам оценки заключения СМЭ (относительно полноты и всесторонности проведенного экспертами исследования и обоснованности их выводов).

В рамках не процессуальных действий помощь *специалиста* необходима для формирования вопросов судебным экспертам и консультации на стадии подготовки СМЭ по перечню и объему медицинской документации, необходимой и достаточной для проведения экспертного исследования.

На стадии судебного следствия при представлении и исследовании доказательств важен допрос судмедэксперта по объективности и полноте проведенного экспертного исследования, пояснения научной обоснованности и практической значимости примененной методики экспертного исследования, и обоснованности, объективности и логичности выводов экспертов для подтверждения факта имевшего место события неосторожного посягательства хирургом на жизнь или здоровье пациента вследствие ненадлежащего исполнения врачом своих профессиональных обязанностей, а именно: допущенного им нарушения правил проведения хирургической операции (на стадиях подготовки к операции, ее производству и на заключительной стадии (проведение ревизии органов прилегающих к операционному полю, использованного инструментария и вспомогательных расходных материалов).

Информативность допроса судмедэксперта позволяет опровергнуть или подтвердить версию защиты, объективизировать собранные следствием доказательства по делу или обосновать необходимость повторной или дополнительной СМЭ.

Список использованной литературы

Законы и иные нормативно-правовые акты

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993г.) // Российская газета № 237 от 25.12.1993, "Российская газета", № 2, от 11.01.2007.
2. Конвенция «О защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция «О правах человека и биомедицине» (ETS N 164) (Заключена в г. Овьедо 04.04.1997) // ИПС «Консультант» (Перевод на русский язык предоставлен Аппаратом Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации).
3. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10) (1998).
4. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. ФЗ РФ от 10.05.2007 № 70-ФЗ) // Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, №25. ст. №2 1, ст. 2456
5. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ (ред. от 06.06.2007)// Собрание законодательства Российской Федерации. 2001. № 52, ч. 1. Ст. 4921; "Российская газета", № 123, 09.06.2007.
6. Закон РФ от 22.07.1993 № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (ред. ФЗ РФ от 29.12.2006 № 258-ФЗ)// Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 19.08.1993, №33, ст.1318.; Собрание законодательства Российской Федерации. 01.01.2007. №1. (1ч.) ст.21.
7. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 28.12.2013) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"// СПС Гарант (11.03.2014)
8. Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ (ред. от 05.02.2007) «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»// «Российская газета», № 106, 05.06.2001; «Российская газета», № 28, 09.02.2007.
9. Приказ МЗМП РФ от 08.04.96 №134 "О временных отраслевых

- стандартах объема медицинской помощи"// *Здравоохранение*. 1996. № 8.
10. Инструкция «О порядке специального учета отдельных инфекционных и паразитарных заболеваний в СССР» (приложение к действующему приказу МЗ СССР от 13.12.1989 г. № 654)// ИПС «Гарант» (Текст приказа официально опубликован не был).
11. Постановление Госстандарта России от 12 марта 1996 г. № 164 «О введении в действие межгосударственных стандартов»: Приложение «Перечень межгосударственных стандартов, введенных для применения в качестве нормативных документов по стандартизации в Российской Федерации с 1 июля 1996 г.»: Межгосударственный стандарт ГОСТ 30335-95/ГОСТ Р 50646-94 «Услуги населению. Термины и определения» // ИУС «Государственные стандарты», № 6, 1996.
12. Положение о медико-экономическом контроле объемов и экспертизе качества медицинской помощи, предоставленной по программе обязательного медицинского страхования, утв. приказом Комитета здравоохранения Правительства Москвы и Московского городского ФОМС 4 января 2003 г. № 1/1.
13. Письмо ФФОМС от 05.05.1998 № 1993/36.1-и «О методических рекомендациях «Возмещение вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования» (утв. Федеральным фондом ОМС 27 апреля 1998 г.)// *«Здравоохранение»*, 1998. №8.
14. Правила оформления медицинской документации патологоанатомических отделений (секционный раздел работы): Метод. рекомендации / Саркисов Д.С., Смольяников А.В., Вихерт А.М. и др. – М., 1987.

Специальная литература

Книги

15. Акопов В. И., Бова А. А. Юридические основы деятельности врача. М.: Экспертное бюро, 2007. – 246 с.

16. Акопов В.И. Экспертиза вреда здоровью (правовые вопросы судебно-медицинской практики) – М.: «Экспертное бюро-М», 1998.
17. Балло А.М., Балло А.А. Права пациентов и ответственность медицинских работников за причиненный вред. – СПб.: Издательство «БиС», 2001.
18. Бердичевский Ф.Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей. – М.: Юрид. лит., 1970.
19. Вермель И. Г. Вопросы логики в судебно-медицинских заключениях: По делам о правильности медицинских работников. - М.: Медицина, 1974. - 64 с.
20. Вермель И.Г. Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности. Свердловск, 1988.
21. Звездина Ю.А., Туманова Л.В. Проблемы ответственности в сфере оказания медицинских услуг: Монография. – Тверь.: Твер. гос. ун-т, 2001.
22. Каган М.И., Шпиганович А.В. Врачебные ошибки. Рига, 1964. -187 с.
23. Крылов И.Ф. Врач и закон. Правовые вопросы врачебной деятельности. – Л.: О-во «Знание» РСФСР, 1972.
24. Краткая медицинская энциклопедия: в 3-х т. АМН СССР. Гл. ред. Б.В. Петровский. - М. Советская энциклопедия, 1989. - 624 с.
25. Криминалистика / Под ред. Т.А. Седовой, А. А. Эксархопуло. – СПб.: Изд-во Лань, 2001. – 928 с.
26. Курс криминалистики: В 3-х 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.
27. Курс уголовного права. Общая часть. Том 1: Учение о преступлении/ Под ред. Н. Ф. Кузнецовой и И. М. Тяжковой. М., 2002. – 624 с.
28. Леонтьев О.В. Нарушения норм уголовного права в медицине. – СПб.: СецЛит, 2002.
29. Некачалов В.В. Ятрогения (Патология диагностики и лечения). Пособие для врачей. – СПб., б/и, 1998.
30. 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.

31. Огарков И.Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них. – Л.: Медицина, 1961.

32. Ответственность за правонарушения в медицине: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / [О.Ю. Александрова и др.]. – М.: Издательский центр «Академия», 2006.

33. Пашинян Г.А., Ившин И.В. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. – М.: Медицинская книга, 2006.

34. Петров В.В. Некоторые вопросы экспертизы качества оказания медицинских услуг// Медицина и право: Доклады на конференции «Медицина и право в XXI веке» 23 – 24 июня 1999 г. – СПб.: Санкт-Петербургский государственный университет, 2001.

35. Попов В.Л. Судебно-медицинская экспертиза. Справочник. – СПб., 1997.

36. Пристансков В.Д. Особенности поддержания государственного обвинения по делам о преступных ятрогениях // Руководство для государственных обвинителей. СПб., 2003. С. 118 – 147.

37. Пристансков В.Д. Криминалистическая теория расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи. СПб, 2007. – 376 с.

38. 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.

39. Пристансков В.Д. Ятрогенные преступления: понятие, подходы к исследованию. СПб., 2006. – 75 с.

40. Путило Н.В. Комментарий к Основам законодательства об охране здоровья граждан. – М.: «Юридический Дом «Юстицинформ», 2003.

41. Ригельман Р. Как избежать врачебных ошибок: Книга практикующего

врача //Пер. с англ. – М.: Практика, 1994.

42. Руководство по медицине. Диагностика и терапия. В 2-х т. Т. 1: Пер. с англ. / Под ред. Р. Беркоу, Э. Флетчера. М., 1997. – 1045 с.

43. Сашко С.Ю., Балло А.М. Юридическая оценка дефектов оказания медицинской помощи и ведения медицинской документации. СПб.: «БиС», 2001.

44. Сергеев В.В., Захаров С.О., Ардашкин А.П., Тарасов А.А. Юридический анализ профессиональных ошибок медицинских работников. – Самара: «Типография «Сокол – Т», 2000.

45. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. – Москва – Иваново, 2001.

46. Тимофеев И.В. Патология лечения. Руководство для врачей. – СПб.: 1999.

47. Тимофеев И.В., Леонтьев О.В. Медицинская ошибка. Медико-организационные и правовые аспекты. – СПб., 2002.

48. Тихомиров А.В. Медицинское право: Практ. пособие. М., 1998. – 418 с.

49. Уголовное право России. Части Общая и Особенная: учебник / Под ред. А. И. Рарога. М., 2004. – 671 с.

50. Экспертиза качества медицинской помощи. Теория и практика./Под ред. д.м.н. Чавпецова, д.м.н. Перепеча Н.Б., к. физ-мат. н. Милякова В.П. – СПб., 1997.

51. Юридические основы деятельности врача. Учебно-методическое пособие для студентов медицинских вузов / Акопов В.И., Бова А.А. - М.: Эксперт. бюро-М, 1997. – 256 с.

Статьи

52. Автандилов Г.Г. Особенности X пересмотра Международной классификации болезней и применение её в патологоанатомической практике. // Арх. пат. Вып. 2.

53. Алмазов В.А. Врачебная ошибка – медицинские и юридические аспекты // Весы фемиды. 1999. № 2-3.

54. Беликов Е. С. Принципы экспертизы ятрогенной патологии в условиях

медицинского страхования // Тезисы научных докладов VII Научно-практической конференции врачей областной клинической больницы №1 (15-16.12.94.). Екатеринбург. 1994.

55. Битеев, В., Мазин, П., Пономарев, Г. Р Крайняя необходимость и обоснованный риск в медицинских отношениях /В. Битеев, П. Мазин, Г. Пономарев.//Уголовное право. -2007. - № 3. - С. 22 – 34.

56. Гайков В.Т., Минькова А.М. Риск: критерии правомерности // Северо-Кавказский юридический вестник. Ростов-на-Дону. – 1999. - № 1. – с.21-23.

57. Галюкова М.И. Профессиональные преступления медицинских работников: современное состояние проблемы//Проблемы борьбы с отдельными видами преступлений: Криминологический Журнал ОГУЭП. 2007. – с.37-41.

58. Дергачев С.В. Врачебные ошибки при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в войсковом звене медицинской службы. Лекция. – СПб., 1997.

59. Долецкий С. Я. Ятрогения: клинический и социальный аспекты. // Арх. пат. 1988. Вып. 2.

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

61. Кириллова Н.П. Поддержание государственного обвинения в суде. СПб., 2003.

62. Крылов И.Ф. Врач и закон. Правовые вопросы врачебной деятельности. – Л.: О-во «Знание» РСФСР, 1972.

63. Линденбратен А.Л. Об оценке качества и эффективности медицинской помощи //Сов. Здрав. – 1990. № 3.

64. Мирошниченко Н.В. К вопросу о правомерности причинения вреда жизни и здоровью при производстве медицинского эксперимента // «Черные дыры» в Российском законодательстве. 2007, №2.

65. Мохов А.А. Медицинская документация как источник доказательственной

информации в гражданском судопроизводстве //Арбитражный и гражданский процесс. 2002, №3.

66. Никитина И.О. Исторический опыт борьбы с преступлениями, совершаемыми медицинскими работниками при выполнении профессиональных обязанностей // Следователь. 2006, № 7.

67. Новикова Е.Е. Нарушения в профессиональной деятельности медицинских работников // Медицина и право: Доклады на конференции «Медицина и право в XXI веке» 23 – 24 июня 1999 г. – СПб.: Санкт-Петербургский государственный университет, 2001.

68. Овчинникова Г.В. Уголовно-правовые проблемы медицинского риска. // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности. Материалы II-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 26 марта 2004 г. /Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. М., 2004.

69. Попеску С. С. Крайняя необходимость при оказании медицинской помощи //Евразийский юридический журнал. -2010. - № 2. - С. 90 – 91.

70. 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.

71. Сенокосова Е. К. Тактика построения процесса доказывания медицинских ошибок в гражданском процессе / Е. К. Сенокосова // Актуальные вопросы юридических наук: материалы междунар. науч. конф. (г. Челябинск, ноябрь 2012 г.). — Челябинск: Два комсомольца, 2012. — С. 55-58.

72. Сергеев Ю.Д. Об ответственности за неоказание помощи больному // Медицинская помощь. № 2.

73. Сергеев В.В. Медицинские и юридические аспекты врачебных ошибок //Здравоохранение РФ. 2000. № 1.

74. Смольяников А.В., Калитеевский П.Ф., Пермьяков Н.К., Штерн Р.Д. Введение в ятрогенную патологию. /Арх. Пат., 1988. Вып. 5.

75. Смольяников А. В., Пермяков Н. К. Ятрогенная патология. // Клин. мед. 1988. Вып. 2.
76. Солодун Ю.В., Задарновский А.Л. Оценка заключений комиссионных экспертиз по «врачебным делам», связанным с выполнением анестезиологического пособия и реанимации. // Вестник Академии Генеральной прокуратуры РФ № 1 (1). М., 2007.
77. Сучков А.В. Криминалистическая характеристика профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками при осуществлении ими своих профессиональных обязанностей // Медицинское право. - М.: Юрист, 2012 - № 2 (42). - С. 46-52.
78. Сучков А.В. Проблемы назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз при расследовании профессиональных преступлений, совершённых медицинскими работниками // Вятский медицинский вестник. 2009. - №2-4. - С. 82-87.
79. Тареев Е. М. Проблема ятрогенных болезней // Тер. арх. 1978. Вып.1.
80. Тихомиров А.В. Вред от врачебных действий (ятрогенный деликт) // Здравоохранение, № 11, 2000.
81. Успенский А.В. К вопросу об ответственности медиков за некачественное лечение и причинение вреда здоровью пациента // Экономика здравоохранения. 2005, № 11-12.
82. Фокин М.М., Ерофеев С.В. // Медицинская экспертиза и право. — 2013 — №1. — С. 13-17.
83. Федоров В. В., Бакланов Д.В., Пристансков В.Д. Ятрогении медицинских манипуляций. / Мир медицины, 1998. № 9-10.
84. Федоров В.В., Пристансков В.Д. Ятрогенная патология. Медицинские и правовые аспекты. // «Мир медицины», № 7 (14), июль 1998.
85. Шкляева У.В. Критерии юридической ответственности при оказании медицинской помощи // Экономика здравоохранения. 2002, № 5-6.
86. Этика биомедицинских исследований. Реферативный сборник. М., 1989. С. 50).

Электронные ресурсы

87. Expert evidence in criminal proceedings in England and Wales, The Law Commission [Электронный ресурс] // UK government [сайт]. URL: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/229043/0829.pdf (11.04.2014)

88. The Facts and Fiction of Medical Malpractice <http://www.fagellaw.com/medical-malpractice-facts>).

Материалы практики

89. Постановление от 11 мая 2012 [Электронный ресурс] // Судебные и нормативные акты РФ [сайт]. – 2012 г. – URL: <http://sudact.ru/regular/doc/DvW1JW8pw4U1/> (11.04.2014).

Приложение №1. Методические основы оценки выводов судебно-медицинской экспертизы по уголовным делам, связанных с ненадлежащим оказанием хирургической помощи

В процедуре процессуальной оценки выводов СМЭ КМП, имевшей для пациента неблагоприятный исход, мы выделили несколько стадий.

1. Проверка соблюдения требований закона при назначении и проведении СМЭ КМП. Выясняются следующие вопросы: обладают ли эксперты достаточными знаниями и опытом для решения поставленных задач, не вышли ли они за пределы своей компетенции. В комиссию в обязательном порядке должен быть включен врач-клиницист хирургической специальности.

2. Проверка подлинности и достаточности исследовавшихся доказательств и образцов. Объектом судебно-медицинской экспертизы является живое лицо, либо труп (его части), а также материалы дела и медицинские документы, предоставленные в распоряжение эксперта в установленном порядке

Основной документацией, достаточной для проведения комплексной судебно-медицинской экспертизы качества оказания МП являются:

1. Медицинская документация на имя пострадавшего:
 - 1.1. Медицинские карты стационарного больного.
 - 1.2. Медицинские карты амбулаторного больного поликлиники (с момента рождения).
 - 1.3. Протокол патологоанатомического исследования трупа в случае смертельного исхода (полный текст протокола).
 - 1.4. Аутопсийный материал (кусочки внутренних органов, изъятые при исследовании трупа, парафиновые блоки, предметные стекла с препаратами).
 - 1.5. Результаты инструментальных методов исследования (компьютерная томография, рентгенография, магнитно-резонансная томография и проч.).

1.6. Другие необходимые медицинские документы в случае необходимости (Акты освидетельствования в Бюро медико-социальной экспертизы, индивидуальная карта новорожденного и проч.).

В случае отсутствия тех или иных медицинских документов лицу, назначившему экспертизу, необходимо предоставить официальный письменный документ об этом с указанием причины.

3. Оценка научной обоснованности экспертной методике и правомерности ее применения. Необходимые сведения о рекомендуемой при определенных обстоятельствах методике и возможных результатах ее применения следователь может получить от *специалиста*.

4. Проверка и оценка полноты и достаточности проведенного исследования и обоснованности выводов экспертного заключения. Эксперты должны тщательным образом изучить и оценить врачебный процесс, осуществленный в интересах пациента, без этого не могут быть установлены корреляционные связи между факторами, детерминировавшими развитие непосредственной причины неблагоприятного исхода МП. С этой целью медицинские документы должны быть исследованы всесторонне и результаты исследования должны быть изложены в исследовательской части заключения в полном объеме, чтобы последовательно прослеживался весь процесс оказания МП.

5. Логическая обоснованность выводов экспертного исследования. Оценка осуществляется путем анализа последовательности стадий экспертного исследования, логической обусловленности этой последовательности, логической обоснованности экспертных выводов промежуточных результатов исследования.

6. Относимость выводов экспертного исследования к данному уголовному делу. Под относимостью понимается связь с предметом доказывания и с иными обстоятельствами дела, установление которых необходимо для достижения целей уголовного преследования.

7. *Соответствие выводов эксперта имеющимся по уголовному делу доказательствам, т. е. оценка экспертного заключения в совокупности с другими доказательствами.* Основная цель оценки выводов экспертного заключения о качестве оказанной пациенту МП — убедиться в достаточности экспертных данных для установления причинно-следственной связи между допущенными субъектом нарушениями правил оказания МП, возникшим дефектом оказания хирургической помощи, ятрогенией, неблагоприятными последствиями МП и возможности их использования в изобличении виновного и принятии обоснованного и законного решения по уголовному делу.

Приложение №2. Краткая типовая программа допроса хирурга, в качестве подозреваемого (обвиняемого) по факту ненадлежащего выполнения хирургического вмешательства

1. Анкетные данные допрашиваемого лица (хирурга);
2. Какова профессиональная подготовка допрашиваемого лица: стаж работы, специализация, название и год окончания ВУЗа, наличие клинической интернатуры, ученой степени, клинической ординатуры, аспирантуры, курсов повышения специализации, категории, дополнительных врачебных специальностей, сертификата, срок действия сертификата;
3. Достаточна ли квалификация оперирующего хирурга (по мнению самого допрашиваемого лица) для выполнения данного оперативного вмешательства;
4. Достаточен ли опыт оперирующего хирурга (по мнению самого допрашиваемого лица) для выполнения данного оперативного вмешательства;
5. Достаточны ли специальные знания оперирующего хирурга (по мнению самого допрашиваемого лица) для выполнения данного медицинского мероприятия;
6. Были ли материальные или научно-технические возможности оказать потерпевшему качественную МП;
7. Где, когда и при каких условиях потерпевшему оказывалась МП;
8. Описание патологии, имевшейся у потерпевшего;
9. Какова была тактика лечения хирургического больного (консервативное лечение, оперативное лечение, химиотерапия, лучевая терапия, комбинированное лечение), чем она обоснована;
10. Поступил ли пациент в экстренном или в плановом порядке;
11. Характеристика личности потерпевшего, наличие у него индивидуальных и поведенческих особенностей;
12. Было ли хирургическое заболевание у пациента тяжелым, неизлечимым;

13. Каковы были особенности течения хирургического заболевания у пациента;
14. Имелись ли у пациента какие-либо хронические или сопутствующие соматические заболевания – как хирургические, так и заболевания других органов и систем;
15. Были ли у пациента какие-либо физиологические особенности или патологии органов;
16. Было ли обращение пациента к хирургу своевременным;
17. Каким было обоснование назначенного потерпевшему лечения;
18. Каков был мотив и причины избрания определенной методики и тактики лечения пациента или выполнения медицинского мероприятия (оперативного вмешательства, операции);
19. Были ли какие-либо особенности организма пациента, которые нельзя было заранее выявить или предвидеть, либо его ненадлежащее поведение, которое невозможно было не допустить или пресечь;
20. Относился ли пациент к другим критериям по группам риска (например, пожилой возраст, избыточный вес, сахарный диабет, системные заболевания, аутоимунные заболевания);
21. Каким было обоснование проведенных потерпевшему клинических исследований;
22. Какие диагностические и лечебные мероприятия проводились хирургическому больному в медицинском учреждении.
 - 22.1) Были ли они обоснованы с точки зрения допрашиваемого лица;
23. Знакомы ли допрашиваемому лицу медицинские стандарты конкретного медицинского мероприятия;
24. Каково обоснование клинического диагноза;
25. Каким было обоснование процесса диагностики;
26. Где и когда проводилось дооперационное обследование и подготовка к операции;

27. Было ли получено согласие у потерпевшего на выполнение оперативного вмешательства, было ли это согласие информированным и (или) выраженным в письменной форме;
28. Какое проводилось хирургическое лечение;
29. Технология производства оперативного вмешательства;
30. Проводилось ли операция по жизненным показаниям;
31. Была ли операция широко внедрена в медицинскую практику;
32. Количество участвующих в операции хирургов: операцию проводил один хирург или несколько (операционная бригада);
33. Была ли операция плановой (экстренной);
34. Было ли дооперационное обследование адекватным;
35. В каком помещении медицинского учреждения проводилось оперативное вмешательство;
36. Дата проведения оперативного вмешательства;
37. В какое время суток было выполнено оперативное вмешательство;
38. Время начала и конца операции;
39. Сколько крови потерял пациент во время операции;
40. Было ли случайные повреждения органов и сосудов во время операции;
41. Были ли какие-либо отклонения от технологии производства в ходе операции, закончившейся причинением вреда пациенту, если – да, то по какой причине;
42. Было ли кровотечение во время оперативного вмешательства;
43. Была ли у пациента пирогенная реакция;
44. Было ли у пациента синдром массивной трансфузии;
45. Было ли кровотечение профузным;
46. Были ли какие-нибудь особенности на стадиях подготовки к операции, на стадии производства и на заключительной стадии;
47. Вводились ли пациенту препараты во время оперативного вмешательства, если да – то какие;

48. Сколько времени заняло оперативное вмешательство и как это время соотносится с нормой времени производства данного оперативного вмешательства;
49. Проводилась ли ревизия органов прилежащих к операционному полю, ревизия использованного инструментария и вспомогательных расходных материалов и др.).
50. Каким образом осуществлялось наблюдение за динамикой развития хирургической болезни и влияния на его ход проводимого лечения, какие проводились с этой целью исследования, каким образом оценивались данные их результатов, каковы аргументы сделанных выводов;
51. Какой был непосредственный эффект оперативного лечения;
52. При каких обстоятельствах наступил неблагоприятный исход.
- 50.1) Какой неблагоприятный исход имела оказанная пациенту МП;
- 50.2) Когда и на какой стадии оказания МП он наступил;
53. Как сам хирург может объяснить причину возникновения ятрогенного дефекта.
- 51.1) Какие меры им были приняты к его устранению.
- 52.2) Какие имеются об этом записи в истории болезни;
54. Если дефект не был устранен или несвоевременно устранен, какие тому есть у него объяснения;
55. К каким нежелательным последствиям (ятрогении) привел допущенный дефект оказания МП;
56. Какие были сроки пребывания в реанимационном отделении;
57. Была ли у пациента внутрибольничная инфекция;
58. Где проводилась послеоперационная реабилитация, какие мероприятия включала в себя, их эффективность;
59. Когда (своевременно или с запозданием), кем и каким образом были выявлены симптомы ятрогении.
- 57.1) Какие меры и своевременно ли были предприняты к установлению причины их появления и устранению этих причин.

- 57.2) Можно ли было не допустить наступления ятрогении, какие для этого меры были предприняты им, если меры не были или не своевременно предприняты, какое имеется тому объяснение;
- 60.Какова технология оперативного вмешательства по мнению самого допрашиваемого лица.
- 58.1) Знание технологии определенного вида хирургической помощи и (или) определенной операции, имевшей неблагоприятный для потерпевшего исход;
- 61.Какая была причина наступления неблагоприятного исхода оказанной потерпевшему МП.
- 59.1) Обусловлена ли она ятрогенией;
- 59.2) Какие и почему были допущены им нарушения правил МП и их влияние на возникновение дефекта, развитие ятрогении, наступление неблагоприятного исхода;
- 59.3) Что явилось причиной возникновения дефекта МП и развития ятрогении;
- 62.Можно ли было избежать неблагоприятного исхода. Если да – то каким образом;
- 63.Причины несовпадения клинического и патологоанатомического диагнозов;
- 64.Имелись ли реальные условия оказания качественной МП потерпевшему, если нет, что этому препятствовало,
- 62.1) Какие им предпринимались меры к улучшению ситуации,
- 62.2) Как это отражено в истории болезни, в других документах;
- 65.Каково объяснение допрашиваемого лица о причинно-следственной связи между допущенным им нарушением правил МП, возникшим дефектом, развившейся ятрогенией, непосредственной причиной наступления неблагоприятного исхода;

66. Есть ли какие-либо конкретные обстоятельства, в силу которых допрашиваемое лицо было лишено возможности оказать качественную МП.

Приложение №3. Краткая программа проверки выводов эксперта на соблюдение законов логики

Основные дефекты заключений СМЭ обусловлены нарушениями требований основных законов логики.

Выявив дефект в выполнении медицинского мероприятия и указав непосредственную причину смерти или телесного повреждения, эксперты часто отмечают отсутствие между ними прямых причинно-следственных отношений. Такое важное звено в этой цепочке как ятрогенное осложнение как бы «случайно» оказывается за рамками их исследований. Считаем, что трактовать данное обстоятельство в СМЭ надо как умышленное желание «исключить» ятрогению из причинной цепочки, а не как невысокий профессионализм экспертов. Для сокрытия необъективной аргументации невиновности медицинского работника, оказавшего МП, закончившуюся летальным исходом, как правило, используется изложение экспертного заключения нагромождением из профессиональных терминов, умышленно не адаптированных для понимания участниками процесса.

Рассмотрим самые частые дефекты в судебно-медицинских заключениях, обусловленные умышленным нарушением требований основных законов логики. В своей деятельности эксперты нарушают четыре основных закона формальной логики: *тождества, не противоречия, исключенного третьего и достаточного основания.*

- *Закон тождества* («Тождественные мысли не различны, различные мысли не тождественны»).

Так, в нарушение закона тождества, направленного на максимально точную, четкую формулировку любого утверждения, эксперты используют разные термины, обозначающие одни и те же понятия. Нарушить закон тождества можно и другим способом – противопоставляя или разделяя одно и то же понятие. К нарушениям этого закона можно отнести также так называемую проблему «подмены понятий», когда искусственно смешиваются два разных термина, наполненных абсолютно разным содержанием.

- *Закон не противоречия* («Два противоположных суждения в одно и то же время не могут быть истинными, по крайней мере, одно из них ложно»).

Закон не противоречия заключается в необходимости построения последовательного рассуждения. В отношении одного и того же предмета нельзя высказывать два противоположных суждения.

- *Закон исключенного третьего* («Два противоречащих суждения одновременно не могут быть ложными: одно из них непременно истинно, а третьего не может быть»).

Закон исключенного третьего не позволяет одновременно говорить и о наличии, и об отсутствии у предмета какого-либо признака.

- *Закон достаточного основания* («Всякая истинная мысль должна быть обоснована»).

Четвертый закон логики – *закон достаточного основания* – подразумевает необходимость аргументации любого высказанного суждения.

Нарушения этого закона имеют место в двух случаях: при полном отсутствии аргументации либо при неправильной аргументации - чем шире и подробнее будет аргументировано заключение, тем больше оснований ему доверять.

