

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ЮРИДИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ  
ГЕНЕРАЛЬНОЙ ПРОКУРАТУРЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**В. Д. ПРИСТАНСКОВ**

**ОСОБЕННОСТИ РАССЛЕДОВАНИЯ  
ЯТРОГЕННЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ,  
СОВЕРШАЕМЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

*Учебное пособие*



Санкт-Петербург  
2007

УДК 34  
ББК 67.52

**Пристансков, В. Д.**

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

### *Рецензенты*

*Э. В. ЛАНТУХ, заместитель начальника кафедры криминалистики СПб Университета МВД России, кандидат юридических наук, доцент;*

*И. Н. ИВАНОВ, заведующий кафедрой судебной медицины с курсом вещественных доказательств СПбМАПО, доктор медицинских наук.*

В пособии рассматриваются следующие основные вопросы: комплексная характеристика ятрогенных преступлений; программа предварительной проверки заявлений граждан о ненадлежащем оказании медицинской помощи; организационно-тактические особенности проведения следственных действий, использования специальных медицинских знаний.

Работа содержит методические рекомендации по исследованию обстоятельств ятрогенного события, подготовке и проведению следственных действий и мероприятий, обеспечивающих расследование преступлений указанной группы.

Автором разработаны медико-криминалистические критерии оценки профессиональной деятельности по оказанию медицинской помощи, имевшей неблагоприятный исход; создана программа осмотра медицинских документов и программа оценки заключения судебно-медицинской экспертизы качества медицинской помощи.

Работа предназначена для использования в учебном процессе подготовки и повышения квалификации прокурорско-следственных кадров.

© Санкт-Петербургский юридический институт Генеральной прокуратуры Российской Федерации, 2007

## Введение

Использование в современной медицине лечебно-диагностической аппаратуры и средств интенсивной терапии не только привело к невиданным ранее возможностям диагностики и лечения болезней, но и вызвало значительный рост нежелательных и неблагоприятных последствий врачебных действий, именуемых ятрогениями (от греч. *iatros* — врач и *gennao* — создавать). Волна ятрогений захлестнула мир<sup>1</sup>.

Ученые-медики, определяя ятрогению как патологию диагностики и лечения<sup>2</sup>, как «случаи вреда, наносимого пациенту в результате любых диагностических и лечебных процедур»<sup>3</sup>, отмечают, что «проблема ятрогенных болезней», буквально — болезней, порожденных врачом, является злободневной темой<sup>4</sup>.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 1995 г. возвела *ятрогении* в ранг основных заболеваний, определив их как *любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и терапевтических вмешательств или процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, инвалидности или смерти*. В Международной классификации болезней (МКБ) X пересмотра ятрогении представлены как самостоятельные патологические процессы<sup>5</sup>.

Ятрогении влекут за собой летальный исход, делают людей инвалидами, снижают качество их жизни, увеличивают расходы на лечение. Тем самым нарушаются конституционные права граждан на охрану здоровья и получение медицинской помощи, необходимой для сохранения жизни и улучшения здоровья (ст.

---

<sup>1</sup> Долецкий С. Я. Ятрогения: клинический и социальный аспекты // Арх. пат. 1988. Вып. 5.

<sup>2</sup> Некачалов В. В. Ятрогения (Патология диагностики и лечения): Пособие для врачей. СПб., 1998. С. 3.

<sup>3</sup> Долецкий С. Я. Указ. соч.

<sup>4</sup> Тареев Е. М. Проблема ятрогенных болезней // Тер. арх. 1978. Вып. 1.

<sup>5</sup> См.: Автандилов Г. Г. Особенности X пересмотра Международной классификации болезней и применение ее в патологоанатомической практике // Арх. пат. 1998. Вып. 1.

41 Конституции). В этом заключается огромный социальный вред, наносимый ятрогениями.

Увеличение числа ятрогений, обусловленных самонадеянным, небрежным исполнением медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей по оказанию медицинской помощи пациентам, тревожит общественность. Появилась необходимость усиления борьбы с этим злом не только мерами гражданско-правового и дисциплинарного воздействия, но и силой уголовного закона.

*Медицинский работник может быть привлечен к уголовной ответственности за причинение по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей смерти (ч. 2 ст. 109 УК РФ), тяжкого вреда (ч. 2 ст. 118 УК РФ), заражение вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей ВИЧ-инфекцией (ч. 4 ст. 122 УК РФ), а также за неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ), за причинение по неосторожности смерти или вреда здоровью при незаконном производстве аборта (ч. 3 ст. 123 УК РФ) или при незаконном занятии частной медицинской практикой (ст. 235 УК РФ).*

Преступления, совершаемые медицинскими работниками при оказании медицинской помощи, с учетом специфики субъекта, жертвы, последствий и сферы посягательства получили название «ятрогенные», т. е. порождаемые действиями медицинских работников вследствие преступной небрежности и самонадеянности.

При расследовании неосторожного преступления, совершенного при оказании медицинской помощи, возникают определенные трудности, обусловленные, с одной стороны, тем, что изучение и оценка собранной по делу информации предполагают использование большого понятийного аппарата, не являющегося традиционным для работников правоохранительных органов, а с другой — незнанием особенностей расследований преступлений этой группы, сложностью формирования доказательственной базы.

# **Глава 1. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

## **1.1. Конституционное право граждан на получение медицинской помощи и правовые гарантии его реализации**

Принятая в декабре 1993 г. Конституция РФ заложила конституционно-правовые основы законодательного регулирования отношений в сфере здравоохранения, закрепив в ст. 41 право каждого человека на охрану здоровья и получение медицинской помощи, которая в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Указанная статья также предусматривает ответственность должностных лиц за сокрытие фактов и обстоятельств, создающих угрозу жизни и здоровью людей. Гарантии охраны здоровья граждан подкреплены другими нормами Конституции, и прежде всего закрепляющими право на жизнь (ч. 1 ст. 20), социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности (ч. 1 ст. 39), судебную защиту прав (ч. 1 ст. 46) и др.

Таким образом, взаимоотношения врач—пациент определяются, с одной стороны, конституционным правом каждого человека на получение бесплатной медицинской помощи, а с другой — конституционной обязанностью государства в лице государственных и муниципальных учреждений здравоохранения оказывать такую помощь.

В целях совершенствования механизма правового регулирования в системе реализации приоритетных прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья в 1993 г. были приняты Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (далее — Основы). Закон определяет охрану здоровья как совокупность мер, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Медицинская помощь своевременно должна быть предоставлена любому больному (пострадавшему), поступившему в ле-

чебно-профилактическое учреждение (ЛПУ) (в приемное отделение стационара, поликлинику, травмпункт и т. д.), независимо от его ведомственной и иной принадлежности. Основы, а также ведомственные нормативные акты возлагают на медицинских работников обязанность оказывать срочную медицинскую помощь лицам, внезапно заболевшим либо пострадавшим от несчастных случаев. Профессиональным долгом каждого медицинского работника является оказание медицинской помощи любому нуждающемуся в ней человеку в любое время и в любом месте.

Основным, доступным и бесплатным для каждого человека видом медицинского обслуживания является *медико-санитарная помощь* (МСП). Она включает в себя: лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинской профилактики важнейших заболеваний и других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи (ст. 38 Основ).

*Первичная медико-санитарная помощь* обеспечивается учреждениями муниципальной системы здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службы. В оказании первичной медико-санитарной помощи могут также участвовать учреждения государственной и частной систем здравоохранения на основе договора со страховыми медицинскими организациями. Объем первичной медико-санитарной помощи устанавливается местной администрацией в соответствии с территориальными программами обязательного медицинского страхования.

Гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях), оказывается *скорая медицинская помощь*. Она осуществляется безотлагательно ЛПУ независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности, а также медицинскими работниками и другими лицами, обязанными ее оказывать в виде первой помощи по закону или по специальному правилу (ст. 39 Основ). Скорая медицинская помощь оказывается специальной службой скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения.

В тех случаях, когда требуются специальные методы диагностики, лечения и использование сложных медицинских технологий, оказывается *специализированная медицинская помощь*. Она осуществляется врачами-специалистами в ЛПУ (ст. 40 Основ).

Виды, объем, стандарты качества специализированной медицинской помощи устанавливаются Министерством здравоохранения Российской Федерации и министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации.

Закон также предусматривает оказание медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально-значимыми заболеваниями (ст. 41 Основ) или представляющими опасность для окружающих (ст. 42 Основ).

*Правовой статус пациента* определен ст.ст. 30, 31, 32, 33 Основ. Существующим сегодня правоотношениям врач—пациент присуще ярко выраженное фактическое неравенство участников; слабая сторона — пациент, он несет больший риск и может с большей вероятностью стать жертвой вредоносного поведения сильной стороны — медицинского работника<sup>6</sup>. Риски, которые несут медицинские работники и пациенты, несопоставимы: пациент вручает медику такое бесценное благо, как здоровье, а иногда и жизнь.

Пациенты вынуждены полагаться на профессионализм и добросовестность медиков. Из-за отсутствия знаний в медицине пациенты не имеют возможности уличить их даже в элементарном невежестве. Сделать это сложно и юристу, так как в России не введена обязательная стандартизация на осуществляемые виды медицинской помощи.

*Правовой статус лечащего врача* определен в ст. 58 Основ, в ней дано понятие лечащего врача как врача, оказывающего медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в амбулаторно-поликлиническом или больничном учреждении. На лечащего врача возложены обязанности по организации своевременного и квалифицированного обследования и лечения пациента. Он несет ответственность за недобросовестное исполнение своих профессиональных обязанностей в соответствии с действующим законодательством.

---

<sup>6</sup> См.: Афанасьева Е. Г. Права пациента и некоторые проблемы медицинской этики в США. М., 1993; Козьминых Е. Судебная экспертиза по врачебному делу // Российская юстиция. 2002. № 3.

Профессиональный долг врача заключается в том, чтобы «обеспечить компетентное медицинское обслуживание больного, основанное на чувстве сострадания и уважения человеческого достоинства»<sup>7</sup>.

В статье 60 Основ содержится текст клятвы врача, исполнение которой является одной из законодательно установленных профессиональных обязанностей врача. Это дает основание признавать несоблюдение требований клятвы врача как нарушение им своего профессионального долга.

В приговоре, вынесенном по уголовному делу по обвинению дежурного врача приемного отделения городской больницы по ч. 2 ст. 109 УК РФ, суд указал: «К., имея достаточный уровень профессиональной подготовки, обследовал З. и, проведя ей обезболивающую и гипотензивную терапию до 15 часов 40 минут, не обнаружил показаний к экстренной госпитализации З., направил ее на амбулаторное лечение, чем ненадлежащим образом исполнил свои профессиональные обязанности, поскольку нарушил п. 2.8 Инструкции дежурного врача Тобольской городской больницы № 1, обязывающий К. в необходимых случаях решать вопросы госпитализации, организовывать вызов консультантов, специализированных бригад; требования ст. 60 “Клятва врача” Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, утвержденных Верховным Советом 22.07.1993 года № 5487-1 о том, что он как врач должен быть готовым оказать медицинскую помощь, внимательно и заботливо относиться к больному, действовать исключительно в его интересах независимо от каких-либо обстоятельств, проявлять высочайшее уважение к жизни человека, обращаться к коллегам за помощью и советом, если этого требуют интересы больного»<sup>8</sup>.

## **1.2. Основные положения, регламентирующие процесс оказания медицинской помощи**

Медицинская помощь составляет предмет деятельности лечебно-профилактических учреждений — государственных и муниципальных ЛПУ (поликлиник, больниц, госпиталей и т. д.), ЛПУ, основанных на частной собственности, и лиц, занимающихся частной медицинской практикой.

Процесс осуществления медицинской помощи имеет свои этапы, стадии (блоки), цели, задачи, мероприятия. Конкретизируя профессиональную деятельность по осуществлению меди-

---

<sup>7</sup> Этика биомедицинских исследований: Реферативный сборник. М., 1989. С. 50.

<sup>8</sup> Уголовное дело № 1-306-2005. Архив Тобольского городского суда.



цинской помощи, можно выделить два самостоятельных этапа: этап предоставления и этап оказания медицинской помощи.

*Предоставление медицинской помощи* — это организация деятельности учреждений здравоохранения по своевременному оказанию медицинской помощи, включая материально-техническое и кадровое обеспечение лечебно-профилактических учреждений, контроль качества медицинских услуг и т. д.

*Оказание медицинской помощи* — это динамический процесс, осуществляемый при болезнях, травмах, отравлениях, а также при родах. Это практическая реализация медицинским персоналом своих профессиональных прав и обязанностей по оказанию пациенту определенной медицинской помощи; осуществляется при непосредственном контакте с больным.

Процесс оказания медицинской помощи, именуемый врачом-ным процессом, имеет три стадии: диагностирование, лечение и преемственность.

**Д и а г н о с т и р о в а н и е** — это установление состояния здоровья пациента, определение болезни или травмы на основании специальных исследований<sup>9</sup>.

В стадию диагностирования входят: сбор анамнеза, осмотр пациента, лабораторные исследования, инструментальные исследования, консультации специалистов, оценка симптомов, постановка предварительного диагноза, дифференциальная диагностика, постановка клинического диагноза, анализ причинно-следственных отношений<sup>10</sup>.

**Л е ч е н и е** — это воздействие на организм пациента с помощью медицинских мероприятий и средств с целью восстановления здоровья и принятия мер к прекращению болезни. Существует несколько видов лечения: консервативное (терапевтическое), радикальное (хирургическое), суггестивное (путем внуше-

---

<sup>9</sup> Термин диагноз (*diagnosis*) — означает распознавание, различение, определение; он употребляется во врачебной практике в двух значениях. Диагнозом называют болезнь или патологическое явление (травму, отморожение, отравление и т. п.), устанавливаемое в результате исследования больного. Диагнозом называют и сам процесс распознавания болезни. В нашем случае термин «диагностирование» употреблен во втором значении, т. е. как процесс распознавания болезни, определения патологии. См.: Осипов И. Н., Копнин П. В. Основные вопросы теории диагноза. Томск, 1962. С. 12.

<sup>10</sup> См.: Ригельман Р. Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующих врачей / Пер. с англ. М., 1994. С. 19—82.

ния), физиотерапевтическое, комбинированное<sup>11</sup>. Лечение включает выбор тактики, методики и объема лечения, наблюдение, контроль результативности лечения, реабилитацию, профилактику.

**П р е е м с т в е н н о с т ь** — это принятие решения о дальнейшем оказании пациенту необходимой медицинской помощи. На этой стадии происходит выбор места и времени оказания необходимой медицинской помощи, выбор способа транспортировки к месту оказания последующей медицинской помощи, передача соответствующей медицинской документации по месту дальнейшего наблюдения пациента и др.

Несоблюдение правил осуществления любой из стадий врачебного процесса может привести к неблагоприятному исходу медицинской помощи.

Непосредственное воздействие на пациента на этапе оказания медицинской помощи осуществляется с помощью соответствующих медицинских средств и способов, которые в определенных комбинациях, объединенные единой целевой направленностью воздействия на организм пациента, образуют законченную систему действий, именуемую *медицинским мероприятием*. Принято выделять диагностические и лечебно-профилактические медицинские мероприятия. Медицинское мероприятие имеет подготовительную, исполнительную и заключительную стадии.

Медицинские мероприятия делятся на три группы: манипуляции, процедуры и вмешательства.

**М а н и п у л я ц и я** — это выполнение определенных действий путем воздействия рук на какую-либо часть тела человека с целью достижения лечебного эффекта или получения диагностических данных<sup>12</sup> (например, массаж, пальпация и др.).

**К п р о ц е д у р а м** относится большая группа медицинских мероприятий, которые, как правило, выполняются средним медицинским персоналом. Это сеансы физиотерапии, ухода за телом, а также введение лекарственных средств. Особый интерес с учетом частоты возникновения ятрогений после осуществления

---

<sup>11</sup> См.: Медицинский словарь (Oxford). Т. 1 (А — М) / Пер. с англ. М., 1998. С. 491—492.

<sup>12</sup> Там же. С. 519.

процедур представляет процесс введения лекарственных средств. Существует несколько способов введения лекарственных средств: наружный — через кожные покровы, слизистые оболочки или дыхательные пути; внутренний — через рот или прямую кишку; парентеральный — минуя желудочно-кишечный тракт, т. е. подкожно, внутримышечно, внутривенно<sup>13</sup>. Возникающие в результате введения лекарственных средств нежелательные последствия в медицинской литературе именуют как лекарственные болезни, а последнее время — как лекарственные (медикаментозные) ятрогении<sup>14</sup>.

Самым распространенным способом введения лекарственных средств является прием их внутрь в виде порошков, таблеток, капель, микстур, свечей или путем применения клизм. Наружно используются мази, присыпки на кожу или слизистые оболочки. Введение лекарственных средств внутрикожно, подкожно, внутримышечно, внутривенно называется инъекцией. При небрежном осуществлении инъекций в организм пациента попадают микробы, которые могут вызвать осложнения и развитие серьезных инфекционных заболеваний, являющихся причиной не только нанесения вреда здоровью пациента, но и смертельных исходов. Летальность от постинъекционных осложнений составляет 3,4%<sup>15</sup>.

**В м е ш а т е л ь с т в о** — медицинское воздействие, выражающееся в непосредственном проникновении во внутренние органы больного. Наиболее распространенное вмешательство — хирургическая операция, проведение которой сопровождается поражением тканей организма. В настоящее время проводится много вмешательств, сопровождающихся минимальным повреждением тканей, например коронарная ангиопластика, чрескожная холангиография (определение места закупорки желчных

---

<sup>13</sup> Первая доврачебная помощь: Учебное пособие / В. М. Величенко, Г. С. Юмашев, Х. А. Мусалатов и др.; Под ред. В. М. Величенко, Г. С. Юмашева. М., 1990. С. 25.

<sup>14</sup> Лекарственная болезнь (поражения в связи с применением фармакотерапевтических средств в лечебных дозах) / Под ред. Г. Маждракова, П. Попхристова. Дополненное и переработанное издание. София, 1973.

<sup>15</sup> Ивашкевич Г. А., Федущак А. Л. Экспертная оценка постинъекционных осложнений // Судебно-медицинская экспертиза. 1988. № 3.

протоков), чрескожная нефролитотомия (удаление камней из почек).

Практически при выполнении любого медицинского мероприятия имеется высокий риск неблагоприятного исхода, если со стороны исполнителей не будет проявлено максимальное внимание и предельная осторожность. Результаты лечения зависят от того, насколько профессионально и ответственно были осуществлены все стадии (подготовительная, исполнительная и заключительная) технологического цикла медицинского мероприятия.

Подготовительная стадия состоит в обеспечении необходимыми материально-техническими условиями и средствами медицинского мероприятия, а также в проведении соответствующего медицинским правилам обязательного обследования и лечения больного. Допущенные нарушения правил подготовки больного к медицинскому мероприятию, например не проведено требуемое обследование пациента, могут повлечь причинение дефекта и вследствие этого развитие ятрогенного процесса с неблагоприятным исходом.

Исполнительная стадия связана с непосредственным воздействием на организм человека строго в соответствии с требованиями медицинского технологического стандарта. Технически неправильное, т. е. небрежное, выполнение медицинского мероприятия может стать причиной развития ятрогенного процесса и закончиться неблагоприятным исходом медицинской помощи.

Заключительная стадия направлена на завершение медицинского мероприятия и закрепление результата. Так, по завершению операции должна проводиться ревизия использованных в ходе ее осуществления инструментов и вспомогательных материалов и проверка расположенных рядом с операционным полем органов. Закрепление результата требует назначения показанной адекватной лекарственной терапии.

*Контроль качества медицинской помощи* осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации» от 24

октября 1996 г. № 363/77 и положением о контроле качества медицинской помощи, утверждаемым на территории субъекта РФ.

Ведомственный контроль качества медицинской помощи производится сотрудниками медицинских учреждений в соответствии с положением о системе ведомственного контроля качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения на территории субъекта РФ<sup>16</sup>.

Вневедомственный контроль качества медицинской помощи осуществляется за деятельностью учреждений здравоохранения независимо от форм собственности, а также частнопрактикующих врачей на основании соответствующего положения лицензионно-аккредитационными комиссиями, страховыми медицинскими организациями, территориальными фондами обязательного медицинского страхования, страхователями, исполнительными органами Фонда социального страхования РФ, профессиональными медицинскими ассоциациями, обществом (ассоциацией) защиты прав потребителей.

### **1.3. Ответственность медицинских работников за ятрогенные правонарушения**

Медицинский работник в случае недобросовестного исполнения своих профессиональных обязанностей, повлекшего причинение вреда здоровью или смерть пациента, может быть привлечен к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации (ст. 68 Основ).

В группу неосторожных ятрогенных преступлений входит несколько составов преступных посягательств на здоровье и жизнь человека, обусловленных:

ненадлежащим исполнением медиком своих профессиональных обязательств при оказании помощи пациенту (ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118, ч. 4 ст. 122 УК РФ);

неправомерными действиями (бездействием) медика по оказанию медицинской помощи (ч. 3 ст. 123, ст.ст. 124, 235 УК РФ).

---

<sup>16</sup> См.: Федоров В. В., Бершадский Б. Г., Привалов В. Ю. и др. Новые подходы к оценке качества специализированной стационарной помощи больным инфарктом миокарда // Кардиология (Kardiologiya). 1994. № 9. С. 49—54.

В правовом аспекте ятрогенное осложнение (заболевание) есть неблагоприятное последствие допущенного медиком нарушения регулируемых государством отношений в системе «врач—пациент», в частности нарушения врачом установленных правил (имеющих значение медицинских стандартов) оказания медицинской помощи. Медицинские технологические стандарты предусматривают перечень необходимых лечебно-диагностических мероприятий по наблюдению больных конкретной нозологической формой с учетом пола, возраста, ряда других биологических факторов<sup>17</sup>.

Врач-гинеколог Н., оказывая медицинскую помощь двадцатилетней А., попустившей для удаления внутриматочной спирали, нарушил требования медицинских правил. Н. допустил сквозные повреждения стенки матки и стенки тонкой кишки потерпевшей. В результате возник реактивный перитонит. Чтобы спасти жизнь пациентки, потребовалась немедленная операция: у больной была ампутирована матка и произведено ушивание тонкой кишки. В результате А. утратила способность к деторождению<sup>18</sup>.

Ятрогении возникают вследствие действий медицинского работника и часто являются результатом несоответствия этих действий правилам оказания медицинской помощи. Однако не всегда такое отклонение от правил оказания медицинской помощи есть результат совершенного медицинским работником неосторожного деяния. Отклонение от правил может быть допущено и при надлежащих действиях врача, но причиной его возникновения явятся обстоятельства, которые врач не мог и не должен был предвидеть. Поэтому при правовой оценке ятрогенного случая чрезвычайно важно изначально определить, что послужило причиной отклонения от правил оказания медицинской помощи.

*Отклонения от правил оказания медицинской помощи можно классифицировать:*

*по содержанию:*

---

<sup>17</sup> Стандарты — это нормативно-технические документы, регламентирующие нормы, правила, обязательные требования к объекту стандартизации и утвержденные компетентным органом. См.: Социальная медицина и организация здравоохранения // Руководство для студентов, клинических ординаторов и аспирантов: В 2 т. Т. 1 / В. А. Миняев, Н. И. Вишняков, В. К. Юрьев и др. СПб., 1998. С. 327.

<sup>18</sup> Дело № 1-343. Архив Федерального суда Фрунзенского района Санкт-Петербурга.

*а) невыполнение в полном объеме обязательных предписаний по оказанию медицинской помощи и мер предосторожности, необходимых для достижения желаемого результата: сохранения жизни, восстановления здоровья, улучшения качества жизни пациента;*

б) превышение профессиональных полномочий, выход за установленные границы обязательной (предписанной) медицинской деятельности по оказанию помощи пациентам;

*по характеру отклонения:*

а) отрицательному: отклонения, обусловленные преступной неосторожностью, включая превышение пределов состояния крайней необходимости и пределов обоснованного риска;

б) положительному:

отклонения, связанные с обоснованным профессиональным риском, когда выполнение медицинского мероприятия по новой технологии разрешено к применению в установленном законом порядке, обусловлено достаточными научными разработками, апробировано на практике, на его проведение получено согласие пациента в соответствии с требованиями ст.ст. 32, 43 Основ и исполнитель имеет достаточный опыт и навыки профессиональной деятельности;

отклонения, связанные с проведением в лечебных целях медицинского эксперимента, когда метод диагностики, лечения или лекарственные средства не разрешены к применению, но находятся на рассмотрении в установленном порядке, на их применение имеется добровольное письменное согласие пациента (ст.ст. 32, 43 Основ), медицинские технологии осуществляются в интересах последнего и прошли необходимую предварительную проверку на животных;

отклонения, обусловленные состоянием крайней необходимости, когда медработник, спасая жизнь пациенту, действует в условиях экстремальной ситуации, медицинские мероприятия проводятся по жизненным показаниям; в таких ситуациях, как правило, врач объективно лишен возможности в полном объеме соблюдать правила оказания медицинской помощи, например провести все необходимые диагностические исследования и т. д.

Правовая классификация отклонений от правил оказания медицинской помощи отражена на схеме.

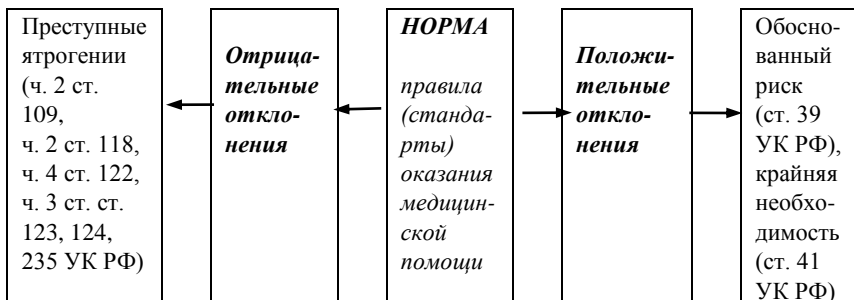


Схема. Правовая классификация отклонений от правил (стандартов) оказания медицинской помощи

*Для того чтобы дать правовую оценку последствий ятрогенного случая, необходимо, прежде всего, знать, «как должно было врачу поступать», т. е. какие профессиональные действия он обязан был выполнить в конкретном случае оказания медицинской помощи, как они регламентированы требованиями соответствующих медицинских предписаний, было ли адекватным ситуации поведение пациента. Такой подход обеспечит возможность оперативно осуществить полное и всестороннее криминалистическое исследование процесса оказания медицинской помощи и позволит дать объективную правовую квалификацию его последствий.*

## Глава 2. ЯТРОГЕННОЕ ПРЕСТУПЛЕНИЕ КАК ОБЪЕКТ КРИМИНАЛИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1. Криминалистическое понятие ятрогенного преступления

Каждое отдельное неосторожное ятрогенное преступление представляет собой реальное событие, изучение которого с позиции системного подхода позволяет рассматривать его как систему взаимосвязанных и взаимозависимых элементов реальной



действительности — участников врачебного процесса, их действий и последствий, а именно медик → пациент → врачебный процесс → нарушение правил оказания медицинской помощи → ятрогенный дефект → ятрогения → неблагоприятный исход медицинской помощи.

Система посягательства динамична, обусловлена пространственно-временной категорией.

Центральным звеном (механизмом) ятрогенного посягательства является процесс, включающий в себя нарушение правил (стандартов) оказания медицинской помощи, возникший вследствие этого ятрогенный дефект, повлекший развитие ятрогенной патологии, явившейся причиной непосредственной причины наступления неблагоприятного исхода в виде смерти пациента либо причинения вреда его здоровью. Процесс этот по своей сути ятрогенный, так как является следствием неадекватного оказания медицинской помощи в ЛПУ в результате ненадлежащего исполнения медиком своих профессиональных обязанностей или следствием неправомерного врачевания. При невыполнении профессионального долга — неоказании медицинской помощи больному бездействие медика влечет развитие обусловленного болезнью, травмой или состоянием (беременностью и др.) процесса, на который он, имея соответствующие профессиональные знания, обязан был повлиять, чтобы спасти жизнь, восстановить здоровье, облегчить страдания человека, улучшить качество жизни. В этом случае нет профессиональных действий медика, повлекших ятрогенный дефект и ятрогению, но есть бездействие, в то время как он обязан был действовать в соответствии с законом или со специальным правилом, и это его бездействие обусловило наступление неблагоприятного исхода. Поэтому «порожденное» бездействием медика неоказание помощи больному по признаку субъекта и по тому, что им не были исполнены профессиональные обязанности по оказанию адекватной медицинской помощи человеку, по нашему мнению, должно входить в группу ятрогенных преступлений.

Как было отмечено, существенными признаками неосторожного ятрогенного преступления являются: нарушение правил (стандартов) оказания медицинской помощи, ятрогенный дефект и ятрогения. Ятрогенный дефект представляет собой новое патологическое состояние, возникающее вследствие действий меди-

цинского работника при осуществлении им профессиональной деятельности по оказанию медицинской помощи пациенту. Ятрогенная патология — неблагоприятное последствие, обусловленное ятрогенным дефектом.

Указанные признаки имеют свойства и отношения, которые обеспечивают закономерности развития системы преступного посягательства и формируют причинную связь между ними. Описание признаков — это характеристика системных элементов явления, указывающая на наличие у них определенных свойств или отношений. Благодаря свойствам элементы вступают в определенные причинно-следственные отношения, которые в своей динамике образуют причинно-следственную связь между деянием и последствием. Для того чтобы установить наличие или отсутствие причинно-следственной связи, являющейся элементом объективной стороны преступления, необходимо проанализировать характер причинно-следственных отношений между нарушением правил оказания медицинской помощи, ятрогенным дефектом, ятрогенной патологией и непосредственной причинной неблагоприятного исхода. Для понимания характера причинно-следственных отношений между указанными элементами необходимо ввести еще одно понятие — «механизм ятрогенного процесса», под которым мы понимаем совокупность компенсаторных<sup>19</sup> и патологических реакций организма в ответ на появление ятрогенного дефекта, обусловленного нарушением правил оказания медицинской помощи. Результаты изучения ятрогенных случаев позволяют выделить механизмы ятрогенного процесса трех типов.

*Для первого типа характерна прямая непосредственная симметричная причинно-следственная связь между ятрогенным де-фектом и неблагоприятным исходом в случаях несовместимого с жизнью поражения жизненно обеспечивающих систем организма (например, остановка дыхания при повреждении продолговатого мозга, остановка сердца при его травме).*

Ко второму типу могут быть отнесены случаи последовательного наступления неблагоприятных последствий в пределах од-

---

<sup>19</sup> Компенсация как реакция организма на повреждение, состоящая в возмещении функций поврежденных органов и тканей за счет непострадавших органов и тканей. См.: Крысин Л. П. Толковый словарь иноязычных слов. 4-е изд., стереотипное. М., 2000. С. 342.

ного органа или системы организма. Наличие коррелятивной зависимости между ятрогенным дефектом и неблагоприятным исходом медицинской помощи возможно.

К третьему типу относятся так называемые каскадные ятрогении, при которых в патологический процесс на разных его стадиях вовлекаются различные органы и системы организма. Анализ подобного типа механизмов ятрогенного процесса представляет наибольшую сложность. При наличии каскадной ятрогении отсутствует прямая коррелятивная зависимость между степенью выраженности исходного ятрогенного дефекта и непосредственной причиной неблагоприятного исхода медицинской помощи (см. таблицу).

*Факт отсутствия прямой коррелятивной зависимости не исключает прямой причинно-следственной связи между деянием и его последствием как элемента объективной стороны преступления. В этих случаях причинная связь по своему содержанию будет довольно сложной конструкции с учетом вовлеченных в нее объектов (органов и функций организма). Как правило, одной из составляющих определения причины смерти является полиорганная недостаточность (совокупность сердечной, почечной, печеночной, легочной недостаточностей).*

Т а б л и ц а. Коррелятивная зависимость между степенью выраженности ятрогенного дефекта и вероятностью возникновения неблагоприятного исхода медицинской помощи при различных типах механизма ятрогенного процесса

Тип механизма ятрогенного процесса	Наличие изначально прямой коррелятивной зависимости
1-й	Всегда присутствует
2-й	Возможна
3-й	Отсутствует

*Если при первом варианте развития ятрогенного процесса невозможно предотвратить наступление неблагоприятного исхода медицинской помощи, то при развитии ятрогенного процесса по второму и третьему типу при должном внимании и должной заботе о состоянии здоровья пациента со стороны медицинского персонала имеется шанс предотвратить наступление неблагоприятного исхода.*

Цель криминалистического исследования механизма ятрогенного процесса:

1) описать ятрогенные явления (симптомы, синдромы) с указанием причинной связи между ними с целью выделения терапевтического потенциала устранения ятрогении в ходе оказания медицинской помощи и определения механизма развития болезненного процесса, обусловленного ятрогенным дефектом.

Данная информация имеет исключительное значение для определения и изобличения виновного лица и отработки версий защиты подозреваемого (обвиняемого). Кроме того, когда есть основания предполагать, что имеет место корпоративное противодействие следствию со стороны медиков, включая судебных экспертов, указанная информация позволяет наиболее полно оценить заключения проведенных ведомственных экспертных проверок качества медицинской помощи в ЛПУ или служебных проверок комитета (министерства) здравоохранения субъекта Федерации, а также заключение назначенной по делу судебной медицинской экспертизы качества медицинской помощи;

2) выделить стадии развития ятрогенного процесса: компенсаторную<sup>20</sup> — когда терапевтический эффект устранения ятрогенных явлений (дефекта и осложнения) достижим; субкомпенсаторную — когда терапевтический эффект возможен, но проблематичен; декомпенсаторную — когда терапевтический эффект невозможен. Выделение указанных стадий развития ятрогенного процесса позволяет установить субъекта, виновного в неадекватном оказании медицинской помощи, закончившейся неблагоприятным исходом.

С целью установления медицинского работника, исполнившего ненадлежащим образом свои профессиональные обязанности по оказанию медицинской помощи, т. е. виновного в преступной неосторожности, при назначении судебно-медицинской экспертизы перед экспертами должен ставиться вопрос: каков механизм (тонатологическая картина) смерти? Отвечая на этот вопрос, эксперт в своем заключении должен не только отразить причину смерти, но и указать полный механизм развития ятрогенного процесса, обусловившего летальный исход.

---

<sup>20</sup> Компенсация (компенсаторный процесс) — совокупность реакций организма на повреждение, выражающихся в возмещении нарушенной функции организма за счет деятельности неповрежденных систем, отдельных органов или их составных частей. См.: Судебная медицина: Учебник / Под ред. Ю. И. Пиголкина. М., 2004. С. 523.

Описание тонатологической картины смерти необходимо для суждения: 1) о факте ятрогенного дефекта и ятрогении и установлении причинной связи ятрогении с неблагоприятным исходом медицинской помощи; 2) о возможности недопущения смерти пациента на определенных стадиях развития ятрогенного процесса.

Важность медико-криминалистического анализа механизма ятрогенного процесса для установления структуры ятрогенного посягательства и определения причинной связи между факторами, детерминировавшими наступление неблагоприятного исхода медицинской помощи, проиллюстрируем на примере следующего ятрогенного случая.

Больной А., 42 лет, госпитализирован в клинику интервенционной кардиологии с жалобами на приступы стенокардии, возникшие за 7 дней до госпитализации и хорошо купирующиеся нитроглицерином. Накануне госпитализации имел место длительный (17 минут) приступ загрудинной боли в покое (впервые).

При суточном мониторинговании электрокардиосигнала выявлены признаки ишемии (нарушение питания миокарда) в области передней стенки левого желудочка, проявляющиеся при бытовой нагрузке и ходьбе и сопровождающиеся болевými ощущениями в прекардиальной области. Больному выполнена коронарография и катетеризация сердца. Клинический диагноз: ИБС, поражение передней нисходящей и огибающей артерии, нестабильная стенокардия: прогрессирующая стенокардия напряжения и впервые возникшая стенокардия покоя, гипертоническая болезнь II стадии. После выполнения коронарографии и катетеризации сердца было решено выполнить механическую реваскуляризацию миокарда. При попытке баллонной ангиопластики стеноза нисходящей артерии (60 атмосфер 3 минуты) начался сильный приступ загрудинных болей, на ЭКГ, снятой во время вмешательства, выявлены признаки повреждения миокарда передней стенки левого желудочка. Заподозрена диссекция (механическое повреждение баллоном оперированного сосуда) — левой нисходящей коронарной артерии. Попытка ее консервативного устранения путем баллонирования, а именно путем прижатия баллоном элементов поврежденного сосуда, оказалась безуспешной. С учетом выявленного повреждения и неэффективности проведенного консервативного лечения осложнения принято решение об операции. Больной переведен в отделение кардиохирургии, имеющее развернутую операционную. После осмотра кардиохирургом у больного был диагностирован интраоперационный инфаркт миокарда, осложненный кардиогенным шоком (критическое жизненно опасное падение артериального давления). Назначены клопидогрель (0,015 грамм дважды в день) (препарат, нормализующий функцию тромбоцитов) для рассасывания образовавшегося в области повреждения тромба и препятствия последующего тромбообразования, противовоспалительная терапия. Больной переведен для постоянного наблюдения в палату интенсивной терапии. Через три часа при нарастающих симптомах кардиогенного шока больной скончался.

На секции установлено: диссекция левой нисходящей коронарной артерии как осложнение ангиопластики; распространенный инфаркт миокарда передней стенки, верхушки и боковой стенки левого желудочка; непосредственная причина смерти кардиогенный шок, острая почечная недостаточность.

В ходе исследования обстоятельств ятрогенного события установлено следующее.

Пациент как больной с нестабильной стенокардией относился к группе риска по признаку тяжести заболевания и фоновой патологии (артериальной гипертонии), выражающейся в том, что коронарные сосуды имеют более рыхлую интиму (внутренняя оболочка артерий), чем коронарные сосуды у здоровых людей.

Помощь пациенту в период его нахождения в ЛПУ оказывали интервенционный кардиолог и кардиохирург.

Интервенционный кардиолог нарушений правил проведения вмешательства не допустил, провел его в строгом соответствии с требованиями технологического стандарта, повреждение явилось следствием воздействия баллона на коронарную артерию, имеющую компрометированную патологией сердца интиму (внутреннюю оболочку).

Больной после катетерной баллонной ангиопластики, проведенной в соответствии со стандартом по жизненным показаниям, нуждался в проведении экстренной кардиохирургической операции по устранению диссекции левой нисходящей коронарной артерии с последующим наложением аортокоронарных шунтов (анастомозов аорты с коронарным руслом) на коронарную артерию ниже области ее повреждения. Хирург данную операцию не выполнил и назначил консервативную терапию. Также назначил больному препарат «клопидогрель», который не был показан, так как указанный препарат препятствует агрегации (слипанию) тромбоцитов в месте повреждения артерии и формированию тромба, способного закрыть место диссекции.

Больной через 4 часа после вмешательства умер от кардиогенного шока, вызванного интраоперационным инфарктом миокарда.

*Ятрогенный дефект — повреждение интимы коронарного сосуда в ходе проведения ангиопластики с последующей отслойкой интимы и формированием тромбоцитарных агрегатов в месте повреждения. Указанный дефект, явившийся следствием действий интервенционного кардиолога, был обусловлен объективными причинами — двухсосудистым поражением коронар-*

*ного русла вследствие генерализованного артеосклероза сосудов сердца.*

Осложнение прогрессировало на фоне неадекватного лечения, назначенного кардиохирургом.

Ятрогенная — кардиогенный шок, обусловлен интраоперационным инфарктом миокарда, развившемся в результате неадекватного лечения диссекции левой нисходящей коронарной артерии.

Механизм ятрогенного процесса: интраоперационная отслойка интимы от субинтимальных отделов левой коронарной артерии, формирование тромбоцитарных агрегатов в зоне повреждения, нарушение поступления крови в бассейн левой коронарной артерии, инфаркт миокарда в указанной области, кардиогенный шок, смерть. На стадии развития кардиогенного шока процесс приобрел декомпенсированный характер, так как объем поражения миокарда стал настолько велик, что привел к массивному нарушению сократительной функции сердца.

## **2.2. Медико-юридические критерии криминалистического исследования профессиональной деятельности по оказанию медицинской помощи, имевшей неблагоприятный исход**

Критерии оценки профессиональной деятельности по оказанию медицинской помощи должны включать в себя и медицинскую и юридическую составляющие, гармонично образуя единую оценочную категорию, позволяющую объективно, полно и всесторонне исследовать и оценивать процесс оказания медицинской помощи: последовательность его осуществления, достаточность, полноту и оптимальность выполненных медицинских мероприятий и объем лечения<sup>21</sup>. Только такой подход с исполь-

---

<sup>21</sup> Страховые медицинские организации (СМО) при целевом медико-экономическом контроле объемов и качества медицинской помощи проводят оценку:

«соответствия объемов и видов медицинской помощи (медицинских услуг) ресурсным возможностям медицинского учреждения в отчетном периоде (оснащенность, укомплектованность);

выполнения медицинских технологий, предусмотренных медицинскими стандартами;

адекватности лечебно-диагностических мероприятий (оптимальность выбора этапа и уровня оказания медицинской помощи и т. п.);

зованием медико-юридических критериев в конечном итоге и позволяет дать обоснованную правовую оценку профессиональной деятельности по оказанию медицинской помощи, имевшей неблагоприятный исход.

Медицинская помощь является по своей сути определенным комплексом услуг, свойства которых должны удовлетворять спросу ее потребителей. Медицинская услуга должна быть полезной и безопасной, чем и определяется ее качественность. Госстандарт дает определение качеству услуги как такой совокупности характеристик, которая придает ей способность удовлетворять конкретные потребности людей<sup>22</sup>. Качество услуги оценивается по двум показателям: исполнения и соответствия.

Качество исполнения предполагает определенные знания, навыки, мастерство, опыт исполнителя. Врач является надлежащим исполнителем, имея высшее медицинское образование, специализацию, квалификационный сертификат.

Качество соответствия предполагает исполнение услуги с учетом соблюдения требований, правил, определяющих ее полезность и безопасность для потребителя. Качество соответствия медицинской услуги предполагает ее исполнение в соответствии с правилами оказания медицинской помощи, содержащими требования и нормы, регламентирующие порядок и условия обслуживания пациента, т. е. осуществления врачебного процесса в его интересах<sup>23</sup>.

Медицинская помощь как комплекс услуг имеет особенности, обусловленные спецификой профессиональной деятельности, в рамках которой она оказывается.

На результат медицинской услуги могут повлиять условия осуществления процесса оказания медицинской помощи, которые определяются «как совокупность факторов, воздействующих

---

своевременности и обоснованности оказанной медицинской помощи...». См.: 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 фонда обязательного медицинского страхования от 4 января 2003 г. № 1/1.

<sup>22</sup> См.: Услуги населению. Термины и определения: Межгосударственный стандарт ГОСТ 30335-95/ГОСТ Р 50646-94 (введен в действие Постановлением Госстандарта РФ от 12 марта 1996 г. № 164), п. 30.

<sup>23</sup> Там же, п. 13.



щих на потребителя услуги»<sup>24</sup>, т. е. пациента. Независимо от воли исполнителя эти факторы могут обусловить наступление неблагоприятного исхода медицинской помощи. К таким объективным факторам можно отнести место, время, условия и обстоятельства оказания медицинской помощи (экстренное, по жизненным показаниям, вне стационара, в машине скорой помощи, при отсутствии необходимых лекарственных средств и т. д.); характер и тяжесть патологии (злокачественная, неизлечимая и т. п.), а также индивидуальные качества и особенности пациента, которые не мог и не должен был предвидеть врач (неизвестные ранее аллергические реакции, дурные привычки, несоблюдение предписанного режима и т. д.).

Медицинская помощь, чтобы считаться качественной и надлежащим образом оказанной, должна быть *вполне соответствующей*, т. е. адекватной, интересам пациента как гражданина, которому Конституцией РФ гарантировано оказание медицинской помощи, и как потребителя медицинской услуги, отвечающей требованиям правил оказания медицинской помощи и медицинских стандартов; реальным возможностям обстановки (где, когда, при каких условиях), в которой оказывалась гражданину медицинская помощь.

Указанные положения позволяют выделить следующие *критерии оценки адекватности медицинской помощи*: своевременность, обоснованность, достаточность, оптимальность, безопасность и результативность.

Анализ признаков, включенных в определение адекватного оказания медицинской помощи, позволяет собрать информацию, необходимую для принятия решения о возбуждении или отказе в возбуждении уголовного дела.

*Своевременность оказания медицинской помощи* предполагает: принятие без промедления решения об оказании медицинской помощи больному, роженице, пострадавшему; незамедлительное начало врачебного процесса в интересах конкретного пациента, нуждающегося в неотложных медицинских мероприятиях; динамичное осуществление врачебного процесса в соответствии с требованиями медицинских технологических стандартов, правил оказания медицинской помощи; принятие аргу-

---

<sup>24</sup> Там же, п. 14.

ментированных решений о времени выполнения планируемых медицинских мероприятий и т. п.

Для того чтобы выяснить, соблюдался ли принцип «своевременности» оказания медицинской помощи, требуется получить ответы на такие вопросы, как: своевременно ли был обследован пациент и ему была оказана неотложная медицинская помощь, необходимая для облегчения его страданий, сохранения здоровья, спасения жизни; своевременно ли пациенту были проведены требуемые и показанные диагностические и лечебные мероприятия; своевременно ли был решен вопрос о преемственности пациента и приняты для этого соответствующие меры и т. д.

*Достаточность оказания медицинской помощи* оценивается исходя из объема, вида и уровня выполненных медицинских мероприятий, необходимых для получения объективных данных, позволяющих обоснованно поставить нозологический диагноз, принять аргументированное решение о выборе тактики и методики лечения, о преемственности пациента.

Определение достаточности в каждом конкретном случае должно основываться на оценке объема и характера проведенного диагностического исследования, лечения и профилактики, соответствия содержания врачебного процесса требованиям правил оказания медицинской помощи, медицинским стандартам. С этой целью выясняются вопросы: в достаточном ли объеме было проведено обследование пациента для постановки клинического диагноза, а также для получения данных, необходимых для обоснованного выбора тактики и методики лечения, решения вопроса о преемственности; в достаточном ли объеме было проведено лечение, осуществлено обследование пациента перед проведением медицинского мероприятия, выполнены реанимационные мероприятия, проведена реабилитация и т. д.

Если врач поставил необоснованный диагноз, потому что не собрал полный анамнез пациента, внимательно не осмотрел его, не использовал все необходимые в данном случае методы обследования, то эти действия будут «являться непосредственным результатом небрежного, невнимательного... отношения к своим обязанностям»<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> Краковский Н. И., Грицман Ю. Я. Ошибки в хирургической практике и пути к их предупреждению. М., 1959. С. 167.

*Обоснованное оказание медицинской помощи* предполагает выбор методики и тактики врачевания (диагностирования, лечения, преемственности), основанного на анализе всей совокупности данных, полученных в ходе врачебного процесса в результате осуществленных диагностических исследований, наблюдений больного, постоянного контроля за действенностью проводимого лечения, своевременной продуманной оценке результатов диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий и т. д.

Для установления обоснованности выполненного врачебного процесса выясняются вопросы: имелись ли у врача необходимые данные для принятия аргументированного решения об объеме диагностического обследования, показанного пациенту; позволяли ли данные диагностического обследования принять аргументированное решение о выборе тактики, методики лечения и преемственности пациента, о проведении соответствующих медицинских мероприятий и др.

*Безопасность оказания медицинской помощи* предполагает оказание пациенту помощи безопасным способом. Медицинские услуги, как и любые другие, должны быть безопасны для граждан, а именно при их выполнении недопустим риск необоснованного причинения вреда здоровью или жизни (ГОСТ Р 1.0-92). Постоянными составляющими безопасности врачебного процесса являются *повышенная внимательность и предельная предусмотрительность*. Любые действия медицинского работника должны отвечать «должной осмотрительности и заботливости» о пациенте, независимо от того, действует медицинский работник «в штатных обстоятельствах» или оказывает экстренную медицинскую помощь по жизненным показаниям<sup>26</sup>.

Стоит остановиться более подробно на предъявляемых к врачу требованиях — проявлять повышенную внимательность и предельную предусмотрительность. Профессиональные обязанности врача относятся к категории специальных обязанностей. Они возникают:

- 1) из закона (ст. 58 «Лечащий врач» Основ охраны здоровья граждан РФ);
- 2) из профессионального или должностного положения (например, должностная инструкция врача приемного отделе-

---

<sup>26</sup> См.: Тихомиров А. В. Указ. соч. С. 218—219.

ния, должностная инструкция врача хирургического отделения и т. д.);

3) из профессионального долга (ст. 60 «Клятва врача» Основ).

В Законе сказано, что каждый врач обязан также соблюдать клятву врача (ст. 60 Основ), исполнение которой является одной из законодательно установленных профессиональных обязанностей врача. Несоблюдение требований клятвы врача является нарушением профессионального долга, что дает основание указывать на это следователю в обвинительном заключении, а суду в приговоре.

Если планируемое медицинское мероприятие в своем прогнозе имеет риск причинения вреда пациенту вплоть до смерти, он должен быть об этом заранее проинформирован. Данная информация излагается письменно в информированном добровольном согласии на выполнение медицинского мероприятия, которое оформляется в соответствии со ст. 33 Основ и подписывается врачом и пациентом. Несогласие пациента на выполнение медицинского вмешательства, имеющего риск причинения вреда здоровью или наступления смерти в связи с объективно непредвиденными обстоятельствами, оформляется с учетом требований ст. 34 Основ.

*Оптимальность оказания медицинской помощи* рассматривается как максимальное использование реальных ресурсов медицины, которыми располагал медицинский работник при оказании пациенту медицинской помощи. Речь идет о научно-практических, материально-технических, кадровых возможностях определенного ЛПУ, а также учреждений здравоохранения региона и страны, позволявших выбрать наилучший вариант врачевания.

Оптимальность устанавливается путем выяснения следующих вопросов: наилучшим ли образом была оказана пациенту медицинская помощь с учетом реальной обстановки; насколько объективные условия позволяли оказать пациенту медицинскую помощь своевременно, в достаточном объеме, обоснованно и безопасно, чтобы оптимально улучшить качество его жизни, сохранить ему здоровье, спасти жизнь.

Чтобы определить степень оптимальности, требуется выяснить: имелись ли для этого необходимые лекарственные препараты, необходимое оборудование, необходимые специалисты,

необходимые транспортные средства; имелся ли достаточный временной ресурс на оказание надлежащей медицинской помощи; позволяло ли состояние пациента оказать ему эффективную медицинскую помощь; максимально ли были использованы материально-технические и кадровые ресурсы, которыми реально располагал врач при оказании пациенту медицинской помощи для облегчения его страдания, сохранения здоровья, спасения жизни и т. д.

*Результативность оказания медицинской помощи* заключается в достижении максимально возможного результата: спасение жизни, сохранение здоровья, избавление от страданий, улучшение качества жизни.

Для установления результативности медицинской помощи выясняются вопросы: какая цель ставилась на начальном этапе врачебного процесса, достигнута ли она, если нет, то какие объективные и субъективные причины не позволили ее достичь; каков был прогноз результата врачебного процесса, отдельного медицинского мероприятия на момент его планирования и начало осуществления; отвечает ли уровень достигнутого результата объективным условиям, оказавшим влияние на врачебный процесс (например, тяжесть патологии или травмы, запущенность болезни, несвоевременное обращение за медицинской помощью, физическая слабость, истощенность больного, наличие серьезных хронических заболеваний, врожденных дефектов, недостаточное материально-техническое обеспечение ЛПУ и др.); в силу каких обстоятельств субъективного характера не был достигнут наилучший результат оказанной медицинской помощи, а именно какие действия или бездействие медицинских работников не позволили его добиться. Если медицинская помощь оказывалась на платной основе, то выясняется еще вопрос: не превалировал ли со стороны медиков корыстный мотив при принятии решения о выборе вида лечения (когда есть альтернативный более дешевый и менее опасный метод лечения).

Все перечисленные выше вопросы относятся к категории специальных, следовательно, полные и обоснованные ответы на них могут быть получены при условии привлечения специалистов медиков-клиницистов и производстве соответствующих судебно-медицинских экспертиз.

Указанные медико-юридические критерии составляют основу

общей криминалистической программы исследования обстоятельств ятрогенного случая.

### **Глава 3. МЕТОДИКА РАССЛЕДОВАНИЯ ЯТРОГЕННЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ**

#### **3.1. Возбуждение уголовного дела и начальный этап расследования**

Поводами для возбуждения уголовных дел о ятрогенных преступлениях обычно служат заявления граждан о привлечении к уголовной ответственности медицинского работника за ненадлежащее оказание медицинской помощи, закончившейся неблагоприятным исходом — причинением пациенту вреда здоровью или смерти, реже — материалы прокурорских проверок, проведенных по жалобам граждан на ненадлежащее врачевание или по запросу депутата, и как исключение — направленные в прокуратуру материалы проверки региональным комитетом здравоохранения факта ненадлежащего исполнения медиком своих профессиональных обязанностей по оказанию медицинской помощи пациенту. Поводом к возбуждению уголовных дел также могут послужить материалы СМИ.

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

Выявление и расследование преступных ятрогений сопряжено с большими сложностями. Уже до начала проверки или на момент возбуждения уголовного дела велика возможность фальсификации и утраты доказательств, что обусловлено, с одной стороны, спецификой объектов, определяющей сроки и условия их хранения, а с другой — действиями заинтересованных лиц.

Затрудняет ведение следствия профессиональная корпоративность медиков. Это необходимо учитывать при выемке медицинских документов, допросе свидетелей, назначении судебных экспертиз и оценке экспертных заключений.

Типичными ситуациями начального этапа расследования являются:

1) имеется заявление гражданина о ятрогенном правонарушении, допущенном конкретным медицинским работником, содержащее исходную информацию (кримпризнаки) о предполагаемом способе совершения посягательства. Как правило, это неполная информация о допущенном нарушении правил врачевания на какой-то стадии врачебного процесса, свидетельствующая о постановке необоснованного клинического диагноза, о проведении непоказанного, или противопоказанного, или недостаточно интенсивного лечения, несвоевременном решении вопроса о преемственности пациента и т. д.;

2) помимо заявления гражданина имеется заключение медиков-специалистов в лице экспертов бюро СМЭ или врачей-клиницистов, имеющих лицензию на проведение экспертных исследований и дачу экспертных заключений по качеству медицинской помощи;

3) имеется рапорт прокурора, проводившего проверку по жалобе гражданина, о наличии признаков преступления в действиях медицинских работников, оказавших пациенту неадекватную медицинскую помощь.

Каждая из этих ситуаций характеризуется определенным объемом достоверной информации и осведомленностью субъекта преступления о начавшейся проверке материала. Эти обстоятельства и определяют тактику производства неотложных следственных действий и особенности организации начального этапа расследования.

На стадии возбуждения уголовного дела и начальном этапе расследования перед следствием стоит триединая задача:

1) выяснить, как в определенной ситуации должен был действовать медик, выполняя свои профессиональные обязанности, чтобы оказать пациенту адекватную медицинскую помощь (своевременную, показанную, в достаточном объеме, безопасными методами, с оптимальным использованием имеющихся у него ресурсов);

2) установить, как фактически в данной ситуации были выполнены медиком профессиональные обязанности;

3) какие конкретные нарушения правил (стандартов) оказания медицинской помощи были медиком допущены.

Для решения указанной задачи необходимо получить соответствующую консультацию у специалиста-медика, желательно

чтобы это был опытный врач-клиницист соответствующей специализации.

При анализе исходных материалов дела и планировании расследования необходимо:

ознакомиться с характером и условиями оказания медицинской помощи пациенту;

выяснить правила (стандарты), регламентирующие врачебный процесс, осуществленный в интересах пациента;

собрать исходные данные о предполагаемом нарушении правил (стандартов) оказания медицинской помощи, а также о медицинском работнике, их допустившем, его отношении к пациентам, своему профессиональному долгу, о его поведении в ЛПУ;

продумать организацию проведения неотложных следственных действий по обнаружению, закреплению и сохранению носителей следов посягательства (выемка, осмотр документов, производство допросов, освидетельствование потерпевшего и др.).

Ятрогенные преступления оставляют достаточное количество следов, в частности в медицинских документах, на теле, в организме потерпевшего, в сознании определенного круга лиц. Их исследование позволяет составить определенное представление об обстановке и способе совершения преступления, месте, времени и других обстоятельствах.

*На начальном этапе* расследования стоят задачи криминалистического анализа информации, поиска, изучения и проверки доказательств, установления лиц, причастных к врачебному процессу, закончившемуся неблагоприятным исходом.

**Привлечение специалиста позволит оперативно получить сведения справочного характера, а именно в каких нормативных актах, стандартах, инструкциях, руководствах содержатся указания о порядке оказания медицинской помощи по поводу конкретной патологии, травмы, состояния (беременности); имеются ли противоречия в информации, содержащейся в медицинских документах, прежде всего это относится к протоколам лечебно-контрольной комиссии (ЛКК), врачебно-контрольной комиссии (ВКК), клинико-экспертной комиссии (КЭК), заключениям комитета или министерства здравоохранения субъекта Федерации, заклю-**



чениям ведущих специалистов и др.

**Специалист-медик может помочь следователю определить круг лиц, подлежащих допросу, сформулировать вопросы, которые требуется у них выяснить, а также в постановке вопросов судмедэкспертам.**

### **3.2. Анализ следственной ситуации, определение основных направлений расследования**

Успех расследования ятрогенного преступления зависит от уровня организации работы и, прежде всего, от умения анализировать следственную ситуацию.

Объектом анализа является информационное состояние дела в целом. Задачи анализа: а) на начальном этапе расследования — переработка имеющихся данных, уяснение ситуации, решение вопросов о наличии, полноте информации по делу в целом, выдвижение общих версий, определение направлений расследования; б) на последующих — контроль за движением дела в целом, выдвижение частных версий, построение вероятностных моделей события ятрогенного посягательства; в) на заключительном этапе расследования — контроль за полнотой, всесторонностью исследования всех обстоятельств, подлежащих доказыванию, построение достоверной модели события ятрогенного преступления.

Для организации криминалистического анализа обстоятельств ятрогенного события используется аналитическая формула:

$$\text{ПрЯтр} \rightarrow [\text{Пц} \cdot \text{Сб} \cdot (\text{ВрПр} \rightarrow \text{НрПрМП} \rightarrow \text{ЯтДф} \rightarrow \text{Ятр} \rightarrow \text{НБИС}) \cdot \text{Мст} \\ \cdot \text{Вр}] \leftrightarrow \text{Обст},$$

где ПрЯтр — преступная ятрогения; Пц — пациент — жертва преступного посягательства; Сб — субъект — медицинский работник; ВрПр — врачебный процесс; НрПрМП — нарушение правил оказания медицинской помощи; ЯтДф — ятрогенный дефект, возникший в результате нарушения правил оказания медицинской помощи (повреждение, отравление, заражение, нарушение восприятия, оставление инородного предмета в организме пациента, развитие патологии на фоне неадекватного ле-

чения); Ятр — ятрогеня — реакция организма на ятрогенный дефект; НБИс — неблагоприятный исход медицинской помощи (смерть, вред здоровью); Мст — место совершения ятрогенного посягательства; Вр — время совершения ятрогенного посягательства; Обст — обстановка (условия), в которых оказывалась медицинская помощь; • — заменяет значение союза «и»; → — знак, заменяющий слова «если... то»; ↔ — знак прямой и обратной связи; [] — скобки обозначают достаточность системы как целостного явления действительности.

Чтобы воспользоваться аналитической формулой для выведения суждений об объективной возможности ятрогенного преступления, необходимо:

1) уяснить вопросы, подлежащие исследованию по каждому элементу посягательства;

2) изучить исходные материалы дела и выяснить, исследовались ли, достоверно ли доказаны отраженные в структурной формуле элементы, отметить результаты изучения соответствующими знаками (+, —, ?);

3) сделать выводы, используя результаты анализа. Возможны три варианта результатов:

а) все элементы формулы оказались со знаком «+». Значит, наиболее вероятно, что в реальности существовали все элементы системы ятрогенного преступления, оно совершено. Следовательно, надлежит переходить к проверке виновности подозреваемого и изобличению преступника;

б) какой-либо из элементов формулы получил знак «—». Значит, совершение ятрогенного преступления маловероятно, но не исключается дисциплинарный проступок;

в) какой-либо из элементов формулы получил знак «?». Значит, в деле нет сведений для достоверного суждения о наличии или отсутствии события ятрогенного преступления. Следовательно, совершение преступления не исключается, расследование надлежит продолжить в направлении изучения элемента, получившего знак «?»;

4) по результатам исследования проблемных элементов (получивших знак «?») вновь вернуться к общему анализу ситуации, повторить его и принять соответствующее решение по делу.

### **3.3. Обстоятельства, подлежащие установлению и исследованию**

**Изучение жертвы ятрогении.** В ходе криминалистического анализа жертву следует рассматривать как активного участника процесса оказания медицинской помощи, при этом имеющего определенные качества (состояния), которые могли повлиять на исход лечения. Речь идет о факторах риска, которые могли обусловить наступление нежелательных и неблагоприятных последствий медицинской помощи. К таким факторам объективного характера следует отнести: возраст, пол, ожирение, генетическую предрасположенность, реактивность организма (аллергию), тяжесть патологии, состояние психики и др. Субъективные факторы — это поведенческие акты, связанные с несоблюдением предписанного больничного режима, приема лекарств, диеты, с нарушением ограничений трудовой деятельности, а также обусловленные наличием отрицательных наклонностей (злоупотребление алкоголем, прием наркотиков, самолечение и др.).

**Изучение субъекта ятрогенного посягательства.** Характеристика субъекта — медицинского работника, осуществлявшего в интересах пациента (потерпевшего) врачебный процесс, предполагает изучение криминалистически значимых профессиональных и индивидуальных его качеств. К ним относятся: 1) уровень квалификации: достаточный (недостаточный) для осуществленного вида медицинской помощи, выполнения определенного медицинского мероприятия (например, для выполнения кардиохирургических операций допускается врач высшей категории); имелся ли соответствующий стаж профессиональной деятельности (так, для работы в специализированном отделении требуется профессиональный стаж не менее 5 лет); наличие аттестации; 2) отношение к профессии и к пациентам; 3) физические и психические качества, имеющие значение для адекватного реагирования на обстоятельства, возникающие при оказании медицинской помощи, особенно при экстремальной ситуации, когда выполняются неотложные по жизненным показаниям медицинские мероприятия, и для оперативного устранения нежелательных последствий (ятрогенных дефектов, ятрогений).

**Изучение процесса оказания медицинской помощи потерпевшему.** Анализируются все стадии (диагностирование, лечение, преемственность) оказания медицинской помощи. Непосредственная задача анализа — обнаружить те стадии, на которых, вероятнее всего, могли быть нарушены правила оказания

медицинской помощи, и определить круг обстоятельств, подлежащих проверке.

Аналізу подвергается информация, содержащаяся в медицинских документах, о тактике и методике лечения, а также о пациенте и о медицинских работниках, оказывавших медицинскую помощь. Непременным условием исследования обстоятельств ятрогенного события является предварительное ознакомление следователя с основными положениями правил и действующих стандартов по оказанию медицинской помощи.

***Изучение процесса диагностирования.*** Названный процесс, как отмечалось, включает: оценку симптомов, постановку предварительного диагноза, дифференциальную диагностику, постановку клинического диагноза, анализ причинно-следственных отношений. Нарушение правил выполнения названных операций нередко является причиной ятрогенного дефекта, а затем и неблагоприятного исхода медицинской помощи.

***Изучение лечебного процесса.*** При исследовании названной стадии оказания медицинской помощи изучается и анализируется правильность и мотивация:

- выбора врачом определенного вида лечения;
- разработанной им стратегии и тактики лечения;
- выбора назначаемых средств и медицинских мероприятий (процедур, манипуляций, вмешательств);
- подготовки и выполнения назначенных медицинских мероприятий;
- осуществления контроля за состоянием больного в процессе его наблюдения.

***Анализ ятрогенного дефекта и ятрогении.*** И дефект и ятрогения являются одновременно последствиями нарушения стандартов оказания медицинской помощи и в то же время фактами — доказательствами этих нарушений. Поэтому их выявление и исследование является весьма важной задачей расследования.

***Ятрогенные дефекты*** подразделяются на повреждение, отравление, заражение, нарушение восприятия, оставление инородного предмета в организме, развитие патологии на фоне неадекватного оказания медицинской помощи.

***Повреждение*** представляет собой нарушение целостности и функции организма или его отдельного органа. По характеру

воздействия и механизму повреждение может быть: а) механическим (порез, перелом, разрыв, ушиб), б) физическим (термический, электрический или лучевой ожог, тепловой или электрический удар, отморожение), в) химическим (ожег), г) психологическим (травматический невроз в результате эмоционально болезненного и вредного события)<sup>27</sup>.

*Отравление* — это вредное воздействие на организм человека, возникающее вследствие передозировки лекарств или длительного лечения ими<sup>28</sup>. Механизм отравления заключается в полном разрушении клетки или ее жизненно важной структуры, когда клетка перестает выполнять свои функции. Например, отравление салициловой кислотой возникает в результате передозировки аспирина или каких-либо других соединений, в состав которых входит салициловая кислота. В тяжелых случаях развиваются делирий (острое нарушение психики) и коллапс<sup>29</sup>. Эти осложнения по степени тяжести могут быть отнесены к тяжкому вреду.

*Заражение* — внесение в организм человека инфекционных возбудителей в результате нарушения правил антисептики и асептики в процессе оказания медицинской помощи<sup>30</sup>. Клиническая и морфологическая картина последствий такого воздействия определяется поступившими в организм болезнетворными организмами (например, бактерии, грибки, вирусы и др.). Инфекции, вызывающие различные виды воспалительных процессов, наблюдаются у 35—45% больных. Особенно большой их удельный вес в структуре хирургических болезней.

К тяжелым инфекционным заболеваниям относится сепсис, нередко возникающий после хирургических операций. Лечение его является очень трудной и сложной задачей. Неадекватное лечение, осложненное сепсисом, часто заканчивается летальным исходом<sup>31</sup>.

*Нарушение восприятия* как ятрогенный дефект заключается в подавлении корковых функций. Психологами восприятие рассматривается как форма психического отражения объектов

---

<sup>27</sup> См.: Медицинский словарь (Oxford). Т. 2 (Н—Я). С. 404.

<sup>28</sup> См.: Судебная медицина: Учебник для вузов / Под общ. ред. В. В. Томина. М., 1987. С. 138—141.

<sup>29</sup> См.: Медицинский словарь (Oxford). Т. 2 (Н—Я). С. 86.

<sup>30</sup> См.: Ожегов С. И., Шведова Н. Ю. Толковый словарь. С. 250.

<sup>31</sup> См.: Первая доврачебная помощь. С. 192—210.

окружающей действительности, воздействующих на органы чувств, в результате чего в сознании человека создаются субъективные психические образы<sup>32</sup>.

Система восприятие—сознание находится на периферии психического аппарата и принимает информацию одновременно из внешнего и внутреннего мира<sup>33</sup>.

Нарушение восприятия может быть следствием ненадлежащего психического воздействия врача на больного. Внушаемость больных зависит от особенностей высшей нервной деятельности. Повышенная внушаемость наблюдается у людей эмоционально неустойчивых.

Некоторые болезни лечатся гипнозом — способом «внушения словом при помощи введения человека в гипнотический сон»<sup>34</sup>. Этот вид медицинской помощи называется гипнотерапией, нарушение ее правил может привести к нарушению восприятия и повлечь психическое расстройство.

*Оставление в организме инородного предмета.* Вследствие небрежного выполнения медицинских мероприятий врач может оставить в организме пациента медицинские инструменты, марлевые тампоны, элементы вспомогательных материалов и др. Как правило, это приводит к возникновению серьезных патологий (перитонит, сепсис и др.), развитие которых может привести к причинению тяжкого вреда здоровью или летальному исходу.

К. было выполнено оперативное вмешательство — ушивание 12-ти перстной кишки, лигирование сосудов, дренирование брюшной полости. При проведении повторной операции в брюшной полости была обнаружена салфетка, которая дала пролежень на поперечно-ободной кишке. Через 24 дня после поступления в больницу потерпевший К. скончался от разлитого фибринозного перитонита<sup>35</sup>.

*Развитие патологии на фоне неадекватного врачевания.* Неадекватное врачевание — это недостаточное лечение, когда ле-

---

<sup>32</sup> Популярная медицинская энциклопедия / Гл. ред. В. И. Покровский. М., 1998. С. 91.

<sup>33</sup> См: Мягков И. Ф., Боков С. Н. Медицинская психология: основы патопсихологии и психопатологии: Учебник для вузов. М., 1999. С. 161; Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу / Пер. с фр. Н. С. Автономовой. М., 1996. С. 485—488; Анатомия, физиология, психология человека: Иллюстрированный краткий словарь. СПб., 1998. С. 35.

<sup>34</sup> Словарь иностранных слов. М., 1985. С. 130.

<sup>35</sup> Бюллетень Верховного Суда РСФСР. 1988. № 8. С. 6.

чащим врачом выбран неоптимальный этап и уровень оказания медицинской помощи, недостаточный объем лекарственной терапии и т. д.; непоказанное лечение, когда назначается лечение не по профилю заболевания, которое не останавливает естественное развитие патологии, но и не осложняет ее течение; противопоказанное лечение, которое ускоряет или осложняет динамику основного заболевания, обуславливает развитие конкурирующей патологии; преждевременное (с клинической точки зрения) прекращение лечения: преждевременная выписка больного из стационара, преждевременное прекращение врачебного наблюдения в амбулаторных условиях.

Причиной непоказанного или противопоказанного лечения чаще всего является субъективный фактор в виде небрежного, легкомысленного отношения врача к лечению пациента.

Ятрогенное воздействие ускоряет ход прогрессирования основного заболевания, ухудшает состояние здоровья пациента. Больной при указанном ятрогенном процессе, если своевременно не будет отменено противопоказанное лечение, как правило, умирает. Непосредственная причина смерти в таких случаях может быть обусловлена как естественным развитием основной патологии, течение которой было отягощено ятрогенным осложнением, так и конкурирующей ятрогенной патологией.

**Ятрогении** — нежелательные и неблагоприятные последствия оказанной медицинской помощи, обусловленные допущенным ятрогенным дефектом, различаются по степени выраженности: ятрогенный симптом, ятрогенное осложнение (синдром), ятрогенное заболевание, ятрогенная болезнь отдаленного периода.

*Ятрогенным симптомом* является отдельный симптом, сигнализирующий о защитном реагировании организма на медицинское воздействие; как правило, объективно на момент возникновения он может и не отразиться на ухудшении состояния здоровья пациента и на динамике течения основного заболевания. Таким симптомом может быть, например, припухлость, краснота, увеличение количества лейкоцитов в крови и т. д.

*Ятрогенный симптом может возникнуть на любом этапе врачебного процесса. Если врач, обнаружив его, не отреагирует адекватно, а именно не установит причину его возникновения и не скорректирует проводимое лечение, то его дальнейшее раз-*

*витие может повлечь появление других симптомов и перерасти в более тяжелую форму ятрогении.*

*Ятрогенный синдром (осложнение)* — совокупность взаимосвязанных симптомов, обусловленных действиями по оказанию медицинской помощи больному и могущих отрицательно влиять на его самочувствие, причинить вред здоровью, повлечь летальный исход.

По времени осложнение может проявиться в процессе оказания медицинской помощи на любом этапе проводимого лечения. Выявляется осложнение в связи с жалобой больного и(или) при изучении данных клинических исследований. Как показывает практика, своевременно обнаружить осложнение врачу удастся только в тех случаях, когда необходимые исследования в ходе врачебного процесса проводятся регулярно и в достаточном объеме.

Ятрогенные осложнения, как правило, усугубляют процесс развития основного заболевания, повышают риск ухудшения общего состояния здоровья пациента, что может причинить вред его здоровью или смерть.

*Ятрогенное заболевание* — новое патологическое состояние. Являясь неблагоприятным последствием лечения или диагностики, оно имеет все черты нозологической формы, может существенным образом ухудшить самочувствие пациента, содержит опасность для его здоровья и жизни.

*Ятрогенная болезнь отдаленного периода* развивается по истечении какого-то времени после оказанной медицинской помощи как ее неблагоприятное последствие.

Ятрогении имеют внутренние связи: ятрогенный симптом, если его не ликвидировать, может вызвать другие симптомы, их совокупность (синдром) в качестве осложнения, развиваясь далее, может приобрести свойства болезни. Ятрогения, независимо от формы проявления, имеет связи с другими элементами, провоцирующими ее возникновение или являющимися ее следствием. Любое проявление ятрогении прямо или опосредованно может повлиять на наступление неблагоприятного исхода. На практике особую сложность представляет установление наличия ятрогении и ее значения в причинной связи, обусловившей неблагоприятный исход.

*Исследование причинной связи между неблагоприятным исходом и деятельностью субъекта.* Обязательным условием признания ятрогенного события преступной ятрогенией является



ся, с одной стороны, обусловленность ятрогении ятрогенным дефектом, возникшим вследствие нарушения медицинским работником своих профессиональных обязанностей, с другой — причинная связь ятрогении с неблагоприятным исходом.

Не все случаи смерти при лечении больного причинно бывают связаны с действиями врача. При исследовании причинно-следственной связи может быть установлено:

неблагоприятный исход явился следствием естественного развития заболевания;

неблагоприятный исход есть следствие медицинского вмешательства, выполненного обоснованно и качественно, но ускорившего течение болезни (спровоцировавшего развитие осложнения);

медицинское мероприятие, выполненное обоснованно и качественно, повысило вероятность развития осложнения, но не явилось причиной осложнения;

низкое качество оказанной медицинской помощи не предотвратило развитие болезни и не повлияло на ее естественное течение (необходимо дальше выяснять, какие факторы — объективные или субъективные — явились тому причиной);

имел место дефект оказания медицинской помощи, обусловленный несоблюдением правил ее осуществления; возникшая вследствие дефекта ятрогения находится в причинной связи с непосредственной причиной неблагоприятного исхода или сама явилась таковой.

Доказательства причинно-следственной связи между воздействием на организм в процессе оказания пациенту медицинской помощи и наступившими нежелательными последствиями должны базироваться на совокупности необходимых и достаточных критериев.

### **3.4. Организационно-тактические особенности производства отдельных следственных и иных процессуальных действий**

*Допрос.* Допрос по делам рассматриваемой категории одно из самых сложных следственных действий, так как требует от следователя высокой не только профессиональной, но и общей культуры, знания психологии, умения оперативно овладевать

определенным объемом медицинских знаний, владения тактико-криминалистическими приемами и т. д.

Особый подход требуется при оценке достоверности и полноты показаний потерпевшего и подозреваемого (обвиняемого). Для потерпевшего показания могут быть (не только сознательно, но и подсознательно) в некоторой степени актом мщения за причиненный ему вред и поэтому могут содержать определенную долю преувеличения, предвзятости и субъективизма при описании поведения и действий виновного лица. Для подозреваемого (обвиняемого) показания есть средство защиты от выдвигаемого против него обвинения.

*Допрос потерпевшего или его представителя.* По делам о преступных ятрогенных при допросе потерпевшего или его представителя необходимо учитывать их особое психическое состояние.

Страдая от последствий посягательства, потерпевший дает показания, в которых значительную роль играют переживания, связанные с причиненным вредом, социальными неудобствами и другими лишениями.

На фоне указанных переживаний проявляется действие других психологических закономерностей, которые существенно влияют на его показания (ощущения, восприятие, память, мыслительные, волевые, эмоциональные процессы). Данное обстоятельство следовательно необходимо учитывать при выборе тактики допроса потерпевшего.

*Допрос свидетелей.* Свидетелей можно подразделить на три группы: медицинские работники, участвовавшие в оказании помощи потерпевшему, в контроле качества медицинской помощи; лица, находившиеся на лечении одновременно с пациентом в ЛПУ; родственники, друзья, знакомые потерпевшего, обладающие сведениями о состоянии его здоровья, развитии заболевания и обстоятельствах оказания ему медицинской помощи.

**Д о п р о с м е д и ц и н с к и х р а б о т н и к о в.** Это самая многочисленная группа свидетелей. К ней относятся: медицинские работники, непосредственно оказывавшие медицинскую помощь (лечащий врач, дежурный врач, врач-консультант, исполнители медицинских мероприятий) и контролировавшие ее качество (главные врачи, руководители и заведующие отделений и отделов, научные консультанты и др.); патологоанатомы, ве-

домственные эксперты качества оказанной медицинской помощи; медработники, проводившие различные исследования (биологические, гистологические и т. д.).

Свидетели, относящиеся к группе медработников, иногда уклоняются от дачи правдивых показаний или утаивают важные сведения об обстоятельствах происшествия, что объясняется нежеланием обострять отношения с администрацией ЛПУ или стремлением скрыть ненадлежащие деяния коллеги. Допрос этих свидетелей требует от следователя определенных усилий. Необходимо заранее продумать план допроса и возможность использования тактических приемов.

Цель допроса в р а ч а - п а т о л о г о а н а т о м а по делам о ятрогенных преступлениях определятся основной задачей его профессиональной деятельности — «установление факта, т. е. выявление материального анатомического субстрата ятрогении, а также причины и механизма ее развития»<sup>36</sup>.

Приведем примерный перечень вопросов, которые следует выяснить у врача-патологоанатома: какова его квалификация и опыт работы патологоанатомом, какой практикуется им порядок вскрытий, какими медицинскими документами регламентируется технология патологоанатомических вскрытий и знаком ли он с ними, каково его обоснование причины смерти потерпевшего, какова характеристика результатов вскрытия (объективные данные, подтверждающие концепцию патологоанатомической причины смерти), имелись ли признаки ятрогении, если да, то в чем они выражались, роль ятрогенных последствий в танатогенезе (спровоцировали наступление смерти, повысили вероятность наступления летального исхода, существенным образом не сказались на причине смерти), какие органы, почему и каким образом были изъяты для гистологического исследования, какие были применены методы гистологического исследования, чем объясняется их выбор, насколько они полны, применялась ли количественная оценка результатов гистологического исследования, были ли учтены результаты дополнительных исследований при постановке патологического диагноза.

Нередко патологоанатом не указывает в патогенезе обнаруженный им ятрогенный дефект и ятрогению, но отмечает их в исследовательской части. Перед допросом нужно внимательно

---

<sup>36</sup> Некачалов В. В. С. Указ. соч. С. 31.

изучить содержание протокола (акта) вскрытия, желателно для этого привлекать в качестве специалиста медика-клинициста или судебного медицинского эксперта. В случае обнаружения выше указанной ситуации, необходимо тщательно допросить патологоанатома о характере дефекта и причинах осложнения. Иногда патологоанатом становится участником корпоративного противодействия следствию. В таких случаях допрос желателно проводить с участием судебного эксперта (специалиста).

**Д о п р о с п а ц и е н т о в**, находившихся одновременно с потерпевшим в ЛПУ. Цель допроса — получить информацию о самочувствии и поведении потерпевшего и об отношении медицинских работников к нему в процессе оказания медицинской помощи. Указанные свидетели могут дать показания о визуально наблюдавшихся ими симптомах протекания заболевания у потерпевшего; о его высказываниях и жалобах по поводу состояния своего здоровья и самочувствия и его оценке проводившегося ему лечения и его результатах; о его физических и психических страданиях; о медицинских мероприятиях, выполнявшихся потерпевшему, очевидцами которых они были; об отношении медицинского персонала к потерпевшему.

**Д о п р о с р о д с т в е н н и к о в**, друзей, знакомых, которые навещали потерпевшего в период болезни. У них можно выяснить: в течение какого периода и на что (на боли какого характера) жаловался потерпевший, в какие медицинские учреждения он обращался, какая в них оказывалась ему помощь, каковы были ее результаты, не пользовался ли он одновременно услугами нескольких специалистов, каково было состояние его здоровья до и после проведенного ему медицинского мероприятия, в какой период резко ухудшилось его самочувствие, видят ли они причинную связь между конкретным медицинским мероприятием и неблагоприятным исходом, если да, то на каких их личных наблюдениях основан такой вывод.

*Допрос подозреваемого (обвиняемого).* Успех допроса подозреваемого (обвиняемого) во многом зависит от подготовки следователя к его проведению, в ходе которой должна быть тщательно изучена медицинская и нормативно-справочная документация, получены подробные разъяснения специалистов о проведенном лечении, выполненных медицинских мероприятиях и имевших место дефектах медицинской помощи, а также полуече-

ны данные о личности подозреваемого (обвиняемого) — квалификация, опыт работы, черты характера, привычки и т. п.

Особенностью допроса подозреваемого по делам о неосторожных ятрогенных преступлениях является максимальная детализация его показаний. При допросе подозреваемого, прежде всего, выясняются вопросы, связанные с его профессиональной подготовкой и деятельностью. Особенно подробно необходимо допросить по технологии медицинского мероприятия (или стадии врачебного процесса), при выполнении которого возник дефект, но безотносительно к предмету конкретного ятрогенного события. После выяснения этих вопросов следует ознакомить подозреваемого с записью его показаний, дать ему их подписать, а затем перейти к допросу по обстоятельствам выполнения конкретного медицинского мероприятия (определенной стадии врачебного процесса), в ходе которого по версии следствия мог быть причинен вред потерпевшему. Такое построение допроса порой лишает допрашиваемого возможности в последующем сослаться на свою недостаточную квалификацию, на отсутствие опыта, специальных знаний, на незнание медицинских стандартов и т. п.

Если подозреваемый приводит какие-либо данные или ссылается на конкретные обстоятельства, в силу которых он был лишен возможности оказать качественную медицинскую помощь, следователь обязан тщательно проверить эти показания. Выяснить, имелось ли то, о чем говорит подозреваемый на самом деле, каким образом и насколько интенсивно указанные обстоятельства могли повлиять на возникновение ятрогенного осложнения, приведшего к неблагоприятному исходу.

Ссылка подозреваемого на незнание или недостаточное знание симптоматики и особенностей протекания болезни, а также правил проведения медицинского мероприятия, на недостаточную квалификацию должны оцениваться исходя из положения «мог ли... должен ли был...». В таких случаях после получения консультаций у специалиста или эксперта нужно произвести повторный допрос подозреваемого.

**Д о п р о с о б в и н я е м о г о** — важное следственное действие по изобличению указанного лица в содеянном.

Основной вопрос, выясняемый в ходе допроса обвиняемого, — каков был мотив и причины избрания определенной методики и тактики лечения или выполнения медицинского меро-

приятия. Результат допроса во многом зависит от умения следователя формулировать вопросы и тактически грамотно пользоваться этим средством получения информации. При подготовке вопросов желательно воспользоваться помощью специалиста, обсудить с ним не только содержание вопросов, но и разделить их на основные, дополнительные, начальные, промежуточные, детализирующие, контрольные. Показания должны записываться подробно, с уточнением технологии медицинских мероприятий, медицинских терминов, аргументации принятых решений по выбору диагностических исследований, методов лечения, преемственности и т. д.

Психологически сильным аргументом при допросе является предъявление обвиняемому доказательств о противодействии следствию с целью сокрытия следов преступного поведения, например факта фальсификации медицинских документов.

По делам о преступлениях рассматриваемой категории большое значение имеет исследование версии защиты обвиняемого.

Можно выделить следующие основные версии, которые приводятся обвиняемыми в свою защиту:

медицинская помощь оказывалась в условиях, которые могут быть признаны как обстоятельства, исключающие виновность (состояние крайней необходимости, обоснованный профессиональный риск, стечение непредвиденных обстоятельств — казус, несчастный случай);

на исход медицинской помощи повлияли особенности организма потерпевшего (пациента), которые нельзя было заранее выявить или предвидеть, либо его ненадлежащее поведение, которое невозможно было не допустить или пресечь, либо тяжесть, неизлечимость болезни, либо отсутствие материальных или научно-технических возможностей оказать качественную медицинскую помощь.

Заранее подготовленные версии могут быть квалифицированными, сопряженными с созданием фиктивных доказательств либо с утратой, уничтожением улик, и простыми, хотя и обдуманно заранее, но содержащими голословные ссылки на какие-либо несущественные обстоятельства и факты.

***Выемка и осмотр медицинских документов.*** Работа с медицинскими документами является важной частью методики расследования преступлений рассматриваемой категории.

Документальное оформление сопровождается больным с момента приема у врача в поликлинике, вызова врача скорой помощи или поступления в ЛПУ 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, в ряде случаев проводится служебная проверка комитета или министерства здравоохранения субъекта Российской Федерации.

Изучение меддокументов позволяет установить: была ли пациенту оказана необходимая и показанная медицинская помощь; были ли адекватными действия медиков, а именно помощь была оказана своевременно, обоснованно, в достаточном объеме, с оптимальным использованием ресурсов ЛПУ или регионального здравоохранения, с соблюдением мер предосторожности (внимательно и заботливо) и был достигнут максимально возможный результат (сохранение жизни, восстановление здоровья, улучшение качества жизни).

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

Медицинскую документацию можно разделить на четыре группы: нормативную (законы, указы Президента РФ, постановления Правительства РФ, распоряжения министра здравоохранения и т. д.), регулирующие отношения в сфере охраны здоровья граждан; административную (положения, приказы, распоряжения и т. д. по ЛПУ), относящуюся к профессиональной медицинской деятельности; технологическую (медицинские стандарты, рекомендации, методические пособия, руководства, инструкции, аннотации и т. д.), регуливающую процесс оказания медицинской помощи; производственную (по оказанию медицинской помощи), в которой фиксируются сведения о процессе оказываемой медицинской помощи. Последняя группа медицинских документов является основным объектом криминалистического анализа. К ней относятся: история болезни, карта амбулаторного больного, протокол операции, операционный журнал, карта ане-

стезиологического пособия, анестезиологический журнал, журнал рентгеновских исследований, журнал лабораторных исследований, протокол гистологических исследований, журнал гистологических исследований, журнал эхокардиологических исследований, журнал электрокардиологических заключений, перфузионная карта, перфузионный журнал, реанимационная карта, журнал патологоанатомических вскрытий, журнал гистологических заключений, журнал анализа летальных исходов, журнал лечебно-контрольных комиссий и многие другие медицинские документы.

Учитывая, что медицина — специфический вид профессиональной деятельности, осмотр медицинской документации необходимо проводить с участием специалиста-медика, который поможет понять медицинские термины, характер и необходимость оказанного пациенту вида медицинской помощи, а также определить, какие этапы врачебного процесса и отдельные медицинские мероприятия могли иметь высокий риск возникновения ятрогенного дефекта и ятрогении.

Фальсификация медицинских документов — явление довольно распространенное.

При исследовании медицинских документов необходимо выяснить:

1. В каких документах содержится информация об оказанной медицинской помощи потерпевшему.

2. Является ли эта документация исчерпывающей.

3. Правильно ли оформлена документация, нет ли в ней исправлений, дописок и других признаков, свидетельствующих о возможной фальсификации.

4. Соответствует ли содержание записей в медицинском документе установленным требованиям по объему информации и ее качеству.

5. Какая медицинская помощь была оказана потерпевшему согласно имеющимся записям.

6. Какие записи подтверждают факт нарушения правил оказания медицинской помощи.

7. Какие записи содержат данные о ятрогенном дефекте, возникновении ятрогении, ее развитии и мерах по их устранению.

8. Кто конкретно из медицинских работников ЛПУ оказывал медицинскую помощь пациенту, допустил нарушение правил ее оказания; выявил дефект медицинской помощи, симптомы, раз-



витие и последствия ятрогении; принял меры к их устранению или мог принять, но не сделал этого.

9. Какие выводы были сделаны лицами, контролирующими качество оказанной медицинской помощи, о причинах неблагоприятного исхода; какие были приняты меры по результатам проверки качества медицинской помощи, имевшей неблагоприятный исход.

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

**Проведение эксгумации.** Если судебные эксперты, которым поручено проведение экспертизы, обнаруживают после изучения медицинских документов (например, истории болезни умершего пациента и протокола патологоанатомического вскрытия) существенные различия между клиническим и морфологическим диагнозами, для разрешения установленного противоречия они ходатайствуют перед следователем об эксгумации трупа с целью проведения судебно-медицинской экспертизы.

*Эксгумация трупа проводится в соответствии со ст. 178 УПК РФ.*

Следователь выносит постановление об эксгумации трупа и уведомляет об этом близких родственников или родственников покойного. Если они возражают против эксгумации, разрешение на ее проведение выдается судом.

В мотивировочной части постановления следователь указывает выявленные в ходе следствия противоречия, для разрешения которых необходимо проведение эксгумации и осмотр. По делам о преступлениях данной категории эксгумация чаще всего нужна для установления причины смерти, выявления ятрогенного дефекта (повреждения, отравления и т. д.). В постановляющей части следователь должен обязательно указать цель эксгумации: «извлечь труп (ФИО) из места захоронения на (адрес кладбища) с целью судебно-медицинского экспертного исследования».

Постановление следователя обязательно для выполнения администрацией соответствующего места захоронения.

Эксгумация и осмотр трупа производятся с участием понятых и судебно-медицинского эксперта.

**Назначение судебно-медицинской экспертизы качества медицинской помощи (СМЭ КМП), имевшей неблагоприят-**

**ный исход.** Судебно-медицинская экспертиза качества медицинской помощи проводится комиссией, в ее составе обязательно должны быть врачи-клиницисты соответствующих специальностей.

*Анализ судебно-следственной практики по расследованию ятрогенных преступлений позволил выделить наиболее типичные недостатки, допускаемые следователями при назначении СМЭ КМП:*

отсутствие полного комплекса вопросов для всестороннего исследования обстоятельств ятрогенного события, а именно врачебного процесса (стадий: диагностики, лечения, преемственности), процесса выполнения медицинских мероприятий (стадий: подготовительной, исполнительной, завершающей);

постановка перед экспертами неадекватных вопросов по форме и по существу, что обусловлено незнанием специфики медицинской деятельности и непониманием особенностей процесса оказания медицинской помощи (структуры врачебного процесса и технологий ММ);

постановка вопросов, ответы на которые не входят в компетенцию судебных медицинских экспертов<sup>37</sup>.

Определяя комплекс вопросов экспертам, следователь должен учитывать все стадии врачевания — от момента обращения пациента за медицинской помощью до наступления неблагоприятного исхода. Ориентироваться нужно на **программу исследования процесса оказания медицинской помощи по меддокументам:**

1. *По качеству медицинских исследований:*

зафиксированы ли жалобы больного, достаточно ли они детализированы;

записан ли анамнез болезни, достаточно ли он уточнен;

проводились ли осмотры больного, насколько подробно изложены данные осмотров;

изложены ли данные физикальных наблюдений, достаточно ли они детализированы<sup>38</sup>;

---

<sup>37</sup> См.: Сергеев Ю. Д., Ерофеев С. В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М.; Иваново, 2001. С. 66—97.

<sup>38</sup> К физикальным методам обследования относятся пальпация, перкуссия (путем простукивания пальцами определяются границы внутренних органов), аускультация (выслушивание сердца, легких).

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

*2. По качеству лабораторных исследований:*

были ли проведены необходимые лабораторные исследования;

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

*3. По качеству инструментальных исследований:*

были ли проведены необходимые инструментальные исследования;

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

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

*4. По полноте диагноза:*

был ли больному поставлен диагноз;

имеется ли нозологический диагноз;

выделено ли основное заболевание;

указаны ли особенности, стадия и выраженность основного заболевания;

было ли выделено сопутствующее заболевание;

указаны ли особенности, стадия и выраженность сопутствующего заболевания;

выделены ли осложнения основного заболевания и причины их возникновения;

указаны ли стадия и выраженность осложнения основного заболевания;

правильно ли проведено выделение основных и сопутствующих заболеваний.

*5. По обоснованности диагноза:*

обоснован ли диагноз: жалобами больного, данными осмотра, анамнезом, физикальными данными, данными лабораторных исследований, данными инструментальных исследований;

достаточно ли было полученных данных проведенных обследований для постановки клинического диагноза;

достаточно ли обоснован диагноз заключениями врачей-специалистов;

достаточно ли было полученных заключений врачей-специалистов или требовались заключения и других врачей-специалистов.

*6. По совпадению диагноза:*

совпал ли диагноз: а) с результатами вскрытия, б) с диагнозом последующего этапа оказания медицинской помощи;

имела ли место неправильная оценка: а) жалоб больного, б) данных анамнеза, в) данных осмотра, г) физикальных данных, д) лабораторных исследований, е) инструментальных исследований, ж) заключений врачей-специалистов;

имела ли место недооценка: лабораторных исследований, инструментальных исследований, заключений врачей-специалистов;

*7. По качеству лечения:*

проводилось ли лечение необходимыми лекарственными препаратами;

проводилось ли лекарственное лечение необходимыми препаратами: а) в недостаточной разовой дозе, б) в недостаточной курсовой дозе, в) в избыточной разовой дозе, г) в избыточной курсовой дозе;

был ли верен способ введения препарата;

имело ли место лечение индифферентными, непоказанными препаратами;

имело ли место лечение противопоказанными препаратами;

была ли избрана правильная схема лечения;

имела ли место полипрагмазия (избыточное назначение лекарственных препаратов);

при проведении лекарственной терапии были ли учтены сопутствующие заболевания;

проводилось ли лечение несовместимыми препаратами;

при назначении лекарственной терапии были ли учтены рекомендации врачей-специалистов;

при проведении лечения имелись ли осложнения основного заболевания и какова причина их возникновения;

имели ли место побочные действия назначенных лекарственных препаратов;

было ли показано проведенное лечение (полностью, частично);

если было неправильно проведено лечение, то способствовало ли оно ухудшению здоровья больного;

какие были допущены упущения в назначении лекарственной терапии.

8. *По качеству инструментальных исследований:*

проводилось ли необходимое лечение с использованием инструментальных исследований;

проводилось ли лечение необходимыми инструментальными методами с достаточной интенсивностью (с недостаточной интенсивностью, с избыточной интенсивностью);

имело ли место проведение лечения противопоказанными методами;

проведенное лечение инструментальными методами: а) могло способствовать ухудшению состояния здоровья пациента, б) способствовало ухудшению состояния здоровья пациента, в) не влияло на состояние здоровья пациента, г) было показано частично, д) было показано полностью.

9. *По качеству лечения методами лечебной физкультуры (ЛФК):*

проводилось ли необходимое лечение методами ЛФК;

были ли использованы все необходимые методы ЛФК;

лечение было проведено: а) с недостаточной интенсивностью, б) с избыточной интенсивностью, в) с использованием противопоказанных методов ЛФК;

проведенное лечение методами ЛФК: а) могло способствовать ухудшению состояния здоровья пациента, б) способствовало ухудшению состояния здоровья пациента, в) было частично показано, г) было показано полностью.

10. *По соблюдению правил преемственности:*

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

соответствовало ли заболевание специализации ЛПУ;

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

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

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

12. Имелся ли дефект оказания медицинской помощи, если да, то какой, на каком этапе врачебного процесса он мог возникнуть, что могло послужить причиной его возникновения; является ли дефект ятрогенным, т. е. возникшим вследствие допущен-

ных нарушений правил оказания медицинской помощи медицинским работником.

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

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

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

16. Было ли пациентом подписано информированное добровольное согласие на выполнение медицинского мероприятия, имеющего высокий риск причинения вреда здоровью или смерти. Содержится ли в информированном добровольном согласии информация о вероятном неблагоприятном исходе медицинского мероприятия, о возможном ином варианте лечения.

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

18. Имел ли право врач (ФИО) осуществлять медицинское мероприятие... (например, наркологическую процедуру), имея лицензию на... (например, терапевтическую) деятельность.

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

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

Заключение судебного эксперта не имеет преимуществ перед другими доказательствами. Тем не менее на практике заключение судебно-медицинского эксперта, в силу присущей специфики, воспринимается как особое доказательство, доказательственное значение выводов таких экспертиз существенно завышается. Однако заключение эксперта может оказаться неверным и необоснованным полностью или частично. Причин для этого достаточно много. Как правило, следователи оценивают только выводы экспертов, не вдаваясь в анализ исследовательской части заключения,

что порой влечет высокую вероятность необъективной аргументации виновности или невиновности медицинского работника.

Оценка заключения судебного эксперта предполагает установление относимости и допустимости заключения как доказательства, определения его места в формировании доказательственной базы по уголовному делу и возможностей использования выводов экспертизы для решения вопроса о виновности медицинского работника.

Оценка результатов СМЭ КМП сложна тем, что, во-первых, процесс оказания медицинской помощи предполагает вторжение в организм человека, причинение вреда с целью исцеления; во-вторых, результативность оказания медицинской помощи зависит не только от действий исполнителя (лечащего врача или другого медицинского работника), но и от явлений, которые могут выступить в качестве самостоятельных детерминант неблагоприятного исхода. К таким явлениям можно отнести саму патологию (заболевание может быть неизлечимым, протекать с нетипичной картиной симптомов, иметь скоротечное течение и т. д.), неадекватное поведение пациента (позднее обращение за медицинской помощью, нарушение предписанного режима физической нагрузки, самолечение, употребление алкогольных напитков, наркотиков и т. д.) и др.

В процедуре *процессуально-криминалистической (по форме и содержанию) оценки* заключения СМЭ качества медицинской помощи, имевшей для пациента неблагоприятный исход, можно выделить несколько последовательных 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 по соответствующей специальности. Нередко судмедэксперты пытаются решать вопросы правового характера — оценивают действия медицинского работника, причинившего вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей вред здоровью пациента или смерть, как «несчастный случай» или «врачебная ошибка». Несчастный случай — это правовая категория, которая законодателем рассматривается как невиновное причинение вреда (ст. 28 УК РФ). Понятие врачебной ошибки имеет сложное неодно-

значное содержание, включающее в себя результат действий как противоправных и общественно опасных, так и исключаящих уголовную ответственность;

не проведена ли экспертиза лицом, подлежащим отводу по основаниям, перечисленным в процессуальном законе (ст.ст. 59, 67 УПК РФ);

соблюдены ли права участников процесса при назначении и производстве экспертизы (ст.ст. 184, 185, 188, 288 УПК РФ);

*соблюдена ли процессуальная форма заключения СМЭ и имеются ли все необходимые для этого реквизиты (ст.ст. 80, 191 УПК РФ).*

*2. Проверка подлинности и достаточности исследовавшихся доказательств и образцов.* Если экспертиза назначается по поводу летального исхода и к моменту ее проведения труп оказывается захороненным, основными объектами исследования становятся медицинские документы, в которых отражен осуществленный в интересах пациента врачебный процесс (история болезни, амбулаторная карта, медицинская книжка, протокол вскрытия и др.), и медицинская документация, содержащая сведения о правилах оказания медицинской помощи (стандарты, инструкции, методические пособия и т. п.).

*3. Оценка научной обоснованности экспертной методики и правомерности ее применения.* Следователю сложно оценить методику экспертизы и правомерность ее применения, поскольку он не является специалистом в области медицинских знаний. Сведения о рекомендуемой при определенных обстоятельствах методике и возможных результатах ее применения следователь может получить из справочной и методической литературы.

*4. Проверка и оценка полноты и достаточности проведенного исследования и обоснованности выводов экспертного заключения.* Следователь должен выяснить, насколько полно исследованы представленные на экспертизу медицинские документы и другие объекты, насколько достаточным и аргументированным является содержание ответов на поставленные вопросы.

Эксперты должны самым 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 медицинской помощи. С этой целью медицинские документы должны быть ими



исследованы всесторонне и результаты исследования должны быть изложены в исследовательской части заключения в полном объеме, чтобы последовательно прослеживался весь процесс оказания медицинской помощи.

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

6. *Относимость результатов экспертного исследования к данному уголовному делу.* Под относимостью в данном случае понимается связь с предметом доказывания и с иными обстоятельствами дела, установление которых необходимо для достижения целей судопроизводства.

*Проверка относимости результатов экспертного исследования заключается в выяснении, входит ли факт, установленный экспертом, в предмет доказывания или в число иных существенных для дела обстоятельств и позволяют ли выводы, сделанные экспертом, этот факт установить, доказать.*

7. *Соответствие выводов эксперта имеющимся по делу доказательствам,* т. е. оценка экспертного заключения в совокупности с другими доказательствами.

Основная цель оценки следователем экспертного заключения о качестве оказанной пациенту медицинской помощи — убедиться в достаточности экспертных данных для установления причинно-следственной связи между допущенными субъектом нарушениями правил оказания медицинской помощи, возникшим дефектом медицинской помощи, ятрогенной, неблагоприятными последствиями медицинской помощи и возможности их использования в изблечении виновного и принятии обоснованного решения по делу.

Выбор экспертов полностью отнесен на усмотрение следственных органов и не может быть ограничен ведомственными рамками. В целях надлежащей защиты конституционных прав граждан следствие должно использовать предоставленные законом возможности для обеспечения максимальной независимости экспертной комиссии, являющейся залогом объективности экспертного заключения.

При назначении судебной экспертизы по делам о ятрогенных преступлениях проблема выбора экспертов и экспертного учре-

ждения имеет первостепенное значение, поскольку ЛПУ, где совершено ятрогенное преступление, и эксперты Бюро СМЭ принадлежат к одному территориальному ведомству здравоохранения. Для обеспечения реальной независимости экспертов целесообразно назначать проведение судебной экспертизы по КМП в независимых экспертных организациях: в лабораториях судебной экспертизы Минюста России, в Бюро СМЭ другого региона, в Центральном бюро СМЭ (Москва).

### ***ЗАКЛЮЧЕНИЕ***

Ятрогенные последствия рассматриваются как следствие нарушения правил оказания медицинской помощи и элементарных общепризнанных требований мер предосторожности, а также обязанности, закрепленной в клятве врача, внимательно и заботливо относиться к состоянию здоровья пациента. На наш взгляд, такой подход не всегда обеспечивает достаточно обоснованную и объективную правовую основу для решения вопроса о достаточности оснований для привлечения медицинского работника к уголовной ответственности за ненадлежащее исполнение им своих профессиональных обязанностей по оказанию медицинской помощи гражданам или, наоборот, для отказа в возбуждении уголовного дела.

Любое ятрогенное происшествие, как правило, обусловлено комплексом причин, которые могут иметь как субъективный, так и объективный характер. С учетом того, что во врачебном процессе, осуществляемом в интересах конкретного пациента, участвуют многие медики (врачи, средний медицинский персонал и т. д.), правовая оценка случившегося невозможна без тщательного криминалистического анализа действий каждого его участника, включая и самого пациента. В то же время необходимо учитывать реальные возможности как современной медицины, так и отдельно взятого ЛПУ и конкретного исполнителя медицинской услуги. Без знания наличия реальной возможности избежать наступления неблагоприятного исхода медицинской помощи нельзя безоговорочно констатировать как факт нарушения правил оказания медицинской помощи выявленный изъян в виде отступления от правил оказания медицинской помощи в

работе медика. Причиной этого могут являться обстоятельства, исключающие преступность деяния в виде действий в состоянии крайней необходимости, обоснованного риска и др.

*Следует отметить, что в российском здравоохранении не ведется целенаправленная профилактическая работа по предупреждению фактов ненадлежащего исполнения медиками своих профессиональных обязанностей. Не вдаваясь в анализ всего комплекса причин, отметим, что на общегосударственном уровне отсутствует учет ятрогений, несмотря на рекомендации ВОЗ. По нашему мнению, успех профилактики преступных ятрогений, прежде всего, мог быть обусловлен тщательностью и глубиной анализа состояния и динамики ятрогений в медицинской практике в целом по стране, регионах, субъектах Федерации и в каждом отдельном ЛПУ. В этом же аспекте исследованию должны подвергаться относительные и абсолютные показатели качества медицинской помощи, а также конкретные условия ее оказания. Потенциальная опасность преступных ятрогений в стране очень высока, о чем свидетельствуют не только статистические данные о количестве возбуждаемых уголовных дел, исков в суды по поводу ненадлежащего оказания медицинской помощи, данные криминологических исследований, но и результаты ведомственных проверок медучреждений и ведомственных экспертиз качества медицинской помощи в ЛПУ, научные исследования и обобщения ученых медиков. Существенным условием латентности ятрогенных преступлений является профессиональная корпоративность медицинской среды, серьезно противодействующая уголовному преследованию медицинских работников, допускающих в своей работе преступную небрежность и преступную самонадеянность.*

### **РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА**

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан 1993 г.

Положение о порядке допуска к осуществлению профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности. Утв.

Приказом Министра здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 19 декабря 1994 г. № 286.

*Бердичевский Ф. Ю.* Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушения профессиональных обязанностей. М., 1970.

*Вермель И. Г.* Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности. Свердловск, 1988.

*Использование специальных знаний в уголовном судопроизводстве (уголовно-процессуальный и криминалистический аспекты) / Н. А. Данилова, С. П. Кушниренко, Т. Г. Николаева, В. Д. Пристансков.* СПб., 2005.

*Корневский Ю.* Расследование причинения вреда здоровью медицинскими работниками // Законность. 1998. № 4.

*Некачалов В. В.* Ятрогения (Патология диагностики и лечения): Пособие для врачей. СПб., 1998.

*Ответственность за правонарушения в медицине: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений / О. Ю. Александрова и др.* М., 2006.

*Пристансков В. Д.* Методика расследования ятрогенных преступлений // Курс криминалистики: В 3 т. / Под ред. О. Н. Коршуновой, А. А. Степанова. Т. II: Криминалистическая методика: Методика расследования преступлений против личности, общественной безопасности и общественного порядка. СПб., 2004.

*Пристансков В. Д.* Особенности поддержания государственного обвинения по делам о преступных ятрогениях // Руководство для государственных обвинителей: Криминалистический аспект деятельности. Ч. IV: Особенности поддержания государственного обвинения по делам о грабежах и разбоях, вымогательствах, мошенничестве, обороте наркотиков, преступных ятрогениях / В. С. Бурданова, С. П. Кушниренко, В. Д. Пристансков, Е. Б. Серова; Науч. ред. О. Н. Коршунова. СПб., 2003.

*Пристансков В. Д.* Ятрогенные преступления: понятие, подходы к исследованию. СПб., 2006.

*Сергеев Ю. Д., Ерофеев С. В.* Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М.; Иваново, 2001.

*Сердюков М. Г.* Судебная гинекология и судебное акушерство. М., 1964.

*Юридический анализ профессиональных ошибок медицинских работников / В. В. Сергеев, С. О. Захаров, А. П. Ардашкин, А. А. Тарасов.* Самара, 2000.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	3
<b>Глава 1. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ</b> .....	5
1.1. Конституционное право граждан на получение медицинской помощи и правовые гарантии его реализации .....	—
1.2. Основные положения, регламентирующие процесс оказания медицинской помощи .....	8
1.3. Ответственность медицинских работников за ятрогенные правонарушения .....	13
<b>Глава 2. ЯТРОГЕННОЕ ПРЕСТУПЛЕНИЕ КАК ОБЪЕКТ КРИМИНАЛИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ</b> .....	16
2.1. Криминалистическое понятие ятрогенного преступления .....	—
2.2. Медико-юридические критерии криминалистического исследования профессиональной деятельности по оказанию медицинской помощи, имевшей неблагоприятный исход .....	22
<b>Глава 3. МЕТОДИКА РАССЛЕДОВАНИЯ ЯТРОГЕННЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ</b> .....	28
3.1. Возбуждение уголовного дела и начальный этап расследования .....	—
3.2. Анализ следственной ситуации, определение основных направлений расследования .....	31
3.3. Обстоятельства, подлежащие установлению и исследованию .....	33
3.4. Организационно-тактические особенности производства отдельных следственных и иных процессуальных действий .....	39
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	55

*Владимир Дмитриевич ПРИСТАНСКОВ,  
кандидат юридических наук, доцент*

**ОСОБЕННОСТИ РАССЛЕДОВАНИЯ  
ЯТРОГЕННЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ,  
СОВЕРШАЕМЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

*Учебное пособие*

Редактор *О. Е. Тимощук*

Компьютерная правка и верстка  
*Т. И. Павловой, Н. В. Федорченко*

Подписано к печати 02.05.2007 г. Бум. тип. № 1.  
Гарнитура “Times New Roman Cyr”. Ризография. Печ. л. 3,75.  
Уч.-изд. л. 4,0. Тираж 500 экз. (1-й завод 1— 250). Заказ 1852.

Редакционно-издательский отдел  
Санкт-Петербургского юридического института  
Генеральной прокуратуры РФ

191104, Санкт-Петербург, Литейный пр., 44

Отпечатано с оригинал-макета в печатно-множительном отделе

Санкт-Петербургского юридического института  
Генеральной прокуратуры РФ