

Федеральное государственное казенное образовательное учреждение высшего образования
«Сибирский юридический институт Министерства внутренних дел Российской Федерации»

Кафедра криминалистики

Специальность 40.05.01 Правовое обеспечение национальной безопасности,
специализация № 1 «Уголовно-правовая», узкая специализация «Предварительное
следствие в органах внутренних дел»

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

по теме:

**Проблемы назначения и организации производства судебно-медицинских
экспертиз по фактам неоказания или ненадлежащего оказания медицинской
помощи**

Выполнил:

Слушатель группы НБ 1701
младший лейтенант полиции
Хутиев Руслан Вадимович

Решение о допуске к защите:

Зиненко и Зиненко
Начальник кафедры криминалистики
полковник полиции
Е.Б. Мельников

« 30 » 05 2022 г.

Руководитель

Доцент
кафедры криминалистики
кандидат медицинских наук
Зиненко Юлия Васильевна

Дата защиты:

« 22 » 06 2022 г.

Оценка: отлично

Председатель ГЭК

полковник Котуши
(специальное звание)

21
(подпись)

Н. А. Юдаев
(инициалы, фамилия)

Красноярск 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ НАЗНАЧЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО УГОЛОВНЫМ ДЕЛАМ.....	8
1.1. Назначение и производство комиссионных экспертиз.....	8
1.2. Виды судебно-медицинских экспертиз.....	14
1.3. Предмет комиссионных экспертиз. Общие требования к вопросам, подлежащим разрешению при назначении судебно-медицинских экспертиз	15
1.4. Основания назначения и сроки производства комиссионных судебно- медицинских экспертиз.....	17
ГЛАВА 2. ПРОБЛЕМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ ЯТРОГЕННЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ. ОСОБЕННОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ И ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ФАКТАМ НЕОКАЗАНИЯ ИЛИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	21
2.1. Понятие ятрогенных преступлений и сложности, возникающие в процессе их расследования.....	21
2.2. Организационно-тактические мероприятия следователя до момента вынесения постановления о назначении комиссионных судебно-медицинских экспертиз по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи.....	32
2.3. Составление постановления о назначении комиссионных судебно- медицинских экспертиз по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи и вопросы, подлежащие разрешению.....	35
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	47
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	52
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....	58
ПРИЛОЖЕНИЕ 2.....	59
ПРИЛОЖЕНИЕ 3.....	64

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. В последние годы проблема качественного оказания медицинской помощи не утратила своей актуальности, притягивает к себе повышенное внимание общественности. Сохраняется направленность ежегодного значительного роста обращений граждан, недовольных качеством оказанной медицинской помощи, в правоохранительные органы¹.

Как следствие этого, отмечается тенденция к росту назначения комиссионных судебно-медицинских экспертиз, проводимых по делам о профессиональных нарушениях медицинских работников по материалам уголовных и гражданских дел².

Проанализировав годовые отчеты отдела сложных экспертиз КГБУЗ Красноярское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы (далее – ККБСМЭ) за 2017-2021 гг. можно смело утверждать, что данная тенденция характерна и для Красноярского края (Приложение 1).

Судебно-медицинская экспертиза (далее – СМЭ) – это мощный инструмент сбора и закрепления доказательств по делу³. Правильная организация экспертного сопровождения в значительной степени

¹Сергеева О.В., Зиненко Ю.В. Некоторые аспекты проведения судебно-медицинской экспертизы в случаях ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей медицинскими работниками // Юридический вестник Самарского университета. 2020. 6 (4). С. 120.

²Ковалев А.В. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи: методические рекомендации. М.: ФГБУ «РЦСМЭ», 2017. 2-е изд., перераб. и доп. С.1.

³А.В. Маслов и др. Проблемы назначения и производства судебно-медицинских экспертиз // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. Хабаровск. 2012. № 12. С. 113.

обеспечивает полноту, качество и эффективность предварительного расследования и судебного разбирательства уголовных дел¹.

Поэтому должностным лицам, назначающим комиссионные СМЭ по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи, крайне важно знать особенности назначения и производства данного вида экспертиз, требований к постановлению о назначении СМЭ, к материалам, направляемым на СМЭ. Указанные обстоятельства в совокупности определили актуальность темы исследования.

Объектом исследования являются общественные отношения, складывающиеся в сфере назначения и производства комиссионных СМЭ по фактам неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Предметом исследования является практика производства комиссионных СМЭ по фактам неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи, уголовно-правовые нормы, предусматривающие ответственность за совершения данных преступлений, исследовательские труды по данной теме.

Цель работы состоит в комплексном исследовании проблем назначения и производства комиссионных СМЭ по фактам неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи и разработке методических рекомендаций для должностных лиц, назначающих данный вид СМЭ.

В соответствии с целью поставлен ряд взаимосвязанных задач теоретико-прикладного характера:

- изучить процессуальный порядок назначения и производства СМЭ по уголовным делам;
- рассмотреть виды СМЭ и определить исключительный предмет комиссионной СМЭ;

¹Мишин А.В. Актуальные проблемы назначения и производства судебной экспертизы / А.В. Мишин, П.Н. Мазуренко // Вестник экономики, права и социологии. 2017. № 1. С. 86.

– обобщить правоприменительную практику применения уголовного законодательства по делам о ятрогенных преступлениях;

– провести анализ архивных материалов отдела сложных экспертиз КГБУЗ ККБСМЭ за 2017-2021 гг. (годовых отчетов, постановлений и заключений эксперта);

– на основании изучения нормативно-правовых актов и анализа эмпирического материала отдела сложных экспертиз ККБСМЭ за 2017-2021 гг. выделить проблемы назначения и производства комиссионных СМЭ по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи;

– разработать методические рекомендации для должностных лиц по назначению и организации производства СМЭ по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи;

– выработать общие требования к вопросам, подлежащим разрешению при назначении комиссионных СМЭ по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи;

– разработать типовое постановление о назначении комиссионной СМЭ по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Методологическую основу исследования составил диалектический метод познания действительности, а также основанные на нем общенаучные и частнонаучные методы познания. В работе нашли своё применение методы сравнительного правоведения, лексического и логико-юридического исследования содержания правовых норм, а также такие приемы сбора и обработки эмпирического материала, как анализ приговоров, контент-анализ публикаций в периодической печати.

Теоретическую основу исследования составили труды таких ученых как, Е.Х. Барина, Н.А. Михеевой, Р.Э. Калинина, В.Ю. Голубовского, Е.В. Куни, Э.Г. Борисовой, Ю.М. Жировой, В.Ф. Моисеева, Ю.В. Зиненко, С.В. Замалеевой, О.В. Сергеевой, А.В. Ковалева, В.А.Клевно,

Р.А. Кокорева, А.В. Маслова, Е.И. Прониченко, А.В. Максимова, Н.В. Тарасовой и многих других.

Нормативную базу составили: Конституция Российской Федерации, Уголовный кодекс Российской Федерации, Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации, Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановления Правительства Российской Федерации, приказы Минздравсоцразвития Российской Федерации.

Эмпирическую базу исследования составили 25 приговоров, вынесенных решением краевых и областных судов Красноярского края по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи, годовые отчеты отдела сложных экспертиз КГБУЗ Красноярского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы за 2017-2021 г., заключения комиссионных СМЭ по фактам неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи (изучено и проанализировано 138 постановлений и 138 заключений эксперта из архива отдела сложных экспертиз КГБУЗ ККБСМЭ), провели интервьюирование заведующего отделом сложных экспертиз КГБУЗ ККБСМЭ.

Практическое значение исследования заключается в том, что содержащиеся в нем выводы и предложения могут использоваться в практической деятельности правоохранительных органов при квалификации рассматриваемой категории уголовных дел. Именно алгоритмизация процесса назначения и организации производства исследуемого вида экспертиз, обусловила новизну проведенного исследования, носящего в большей степени, практико-ориентированный характер.

Структура исследования определена целями, задачами и логикой исследования. Работа состоит из введения, 2-х глав, 7-ми параграфов, заключения, списка использованной литературы.

ГЛАВА 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ НАЗНАЧЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО УГОЛОВНЫМ ДЕЛАМ

1.1. Назначение и производство комиссионных экспертиз.

Процессуальный порядок назначения и производства экспертизы по уголовным делам определяется соответствующими статьями УПК РФ и Федеральным законом от 31 мая 2001 г. №73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»¹.

В Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закреплено, что «медицинской экспертизой является проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина» (ч. 1 ст. 58)². В соответствии с ч. 2 ст. 58 Закона об охране граждан в России проводятся следующие виды медицинских экспертиз:

- 1) экспертиза временной нетрудоспособности;
- 2) медико-социальная экспертиза;
- 3) военно-врачебная экспертиза;
- 4) судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы;

¹Далее по тексту – Закон о судебно-экспертной деятельности, Закон о ГСЭД.

²Далее по тексту – Закон об охране здоровья граждан в Российской Федерации.

5) экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией;

б) экспертиза качества медицинской помощи.

Комиссионная судебно-медицинская экспертиза – это разновидность медицинских экспертиз по исследованию трупов, живых лиц, вещественных доказательств, иных материальных объектов, а также материалов уголовного дела. От других видов экспертиз отличается тем, что проводится только региональными ГБУЗ БСМЭ, либо ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы Министерства Здравоохранения» и соответствующими специализированными подразделениями Министерства обороны. Остальные виды экспертиз проводятся в иных Учреждениях.

Наиболее распространенные ошибки следователей при назначении комиссионной СМЭ и формулировании вопросов экспертам заключаются в том, что сформулированные вопросы:

– выходят за рамки компетенции экспертного учреждения; ставятся вопросы «о качестве и безопасности медицинской помощи (медицинской услуги)»,

– ставятся общетеоретические вопросы – не имеющие отношение к конкретному случаю; ставятся некорректные вопросы о стандартах оказанной медицинской помощи (услуги), которые являются документами, используемыми организаторами здравоохранения для планирования и экономических расчетов;

– ставятся вопросы, имеющие юридический характер, например, о неизгладимом обезображивании лица, что не входит в компетенцию судебно-медицинского эксперта (это компетенция следователя и суда);

– ставятся вопросы, на которые эксперт не может ответить, поскольку в предоставленных ему материалах отсутствуют необходимые медицинские документы, либо вещественные доказательства.

Наиболее частые недочеты при предоставлении материалов на комиссионные СМЭ по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи следующие:

- материалы предоставляются в неупакованном виде, либо упакованными в легко разрушающиеся бумажные или мусорные пакеты;
- отсутствуют медицинские документы, отражающие состояние здоровья пациента до оказания медицинской помощи;
- медицинские документы предоставляются в виде незаверенных копий;
- предоставляемые записи лечащих врачей содержат большое количество сокращений или выполнены нечитаемым почерком;
- отсутствуют результаты инструментальных исследований, подтверждающие наступление неблагоприятного исхода;
- в случаях наступления смерти пациентов, до получения результатов первичной экспертизы трупа или патологоанатомического исследования;
- материалы дела не содержат сведений о нормативных документах (протокол ведения пациента, клинические рекомендации, стандарт оказания медицинской помощи, внутренние нормативные акты ЛПУ);
- в материалах дела отсутствуют результаты служебных проверок, заключений страховых компаний или надзорных органов в сфере здравоохранения, подтверждающие факт ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Избежать подобного рода ошибок позволит изучение нормативных документов, которыми руководствуются судебно-медицинские эксперты.

В соответствии со ст. 64 Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.12.2011г, и

Приказом МЗ РФ от 16.05.2017г. № 226н¹ экспертиза качества медицинской помощи проводится аттестованными экспертами, привлекаемыми Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения или территориальным Фондом обязательного медицинского страхования.

ГБУЗ БСМЭ не является подразделением Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, не имеет в своем штате аттестованных экспертов соответствующего профиля, соответственно, ответ на вопрос о качестве оказания медицинской помощи – не входит в компетенцию судебно-медицинской экспертизы.

В соответствии с приказом МЗ РФ № 785н от 31.07.20г. «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» ответственность за контроль качества и безопасность медицинской помощи возлагается на руководителя медицинской организации (Главного врача стационара).

Следователь должен изъять и приобщить к материалам, предоставляемым экспертам, протокол проведения внутреннего контроля качества услуги и решения соответствующих Учреждений, компетентных оценивать качество медицинской помощи: Росздравнадзора (органа, выдающего лицензию на тот или иной вид деятельности); ФОМС; ЛПУ.

Итак, для получения результативной судебной экспертизы необходимо:

- 1) определить цель ее назначения;
- 2) определить задачи;
- 3) выбрать экспертное учреждение;
- 4) сформулировать вопросы в соответствии с целями и задачей;

¹Приказом МЗ РФ от 16.05.2017г. № 226н¹ (Порядок осуществления экспертизы качества медицинской помощи).

5) при появлении затруднений в формулировании вопросов (но не целей и задач!), привлечь специалиста из экспертного учреждения, куда будет назначаться экспертиза.

Уголовно-процессуальное законодательство предусматривает систему условий, действий и решений следователя, судьи, руководителя экспертного учреждения, эксперта, которая образует порядок назначения и производства комиссионной судебно-медицинской экспертизы¹:

– принятие подготовительных мер, связанных с назначением и производством судебно-медицинской экспертизы;

– вынесение постановления (определения);

– ознакомление соответствующих участников уголовного процесса с постановлением о назначении судебно-медицинской экспертизы, разъяснением им прав и обязанностей при назначении и производстве экспертиз;

– направление на судебно-медицинскую экспертизу объектов экспертного исследования, материалов уголовного дела, относящихся к предмету комиссионной судебно-медицинской экспертизы;

– разъяснение эксперту его прав, обязанностей и ответственности при производстве судебно-медицинской экспертизы;

– предупреждение эксперта об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения (ст. 307 УК РФ) и разглашение данных предварительного расследования (ст. 310 УК РФ);

– ознакомление участников процесса с заключением эксперта (либо с сообщением о невозможности дать заключение).

– допрос эксперта;

Невыполнение процессуальных условий (порядка назначения и порядка производства судебно-медицинской экспертизы) свидетельствует о нарушении уголовно-процессуального закона, что в соответствии со

¹Клевно В.А., Хохлов В.В. Указ.соч. С. 61.

ст.ст. 73, 75 УПК РФ является основанием для принятия судом решения об исключении заключения эксперта из числа судебных доказательств ввиду их недопустимости¹.

Когда вопросы носят специальный характер, входят в компетенцию определенных специалистов, но не требуют для разрешения проведения исследований (например, разъяснение каких-либо общих научных положений, изложение уже известных фактов), экспертиза проводиться не должна.

– экспертиза проводится лицом, назначенным следователем или судом, от своего имени, по своему внутреннему убеждению и несет за него личную ответственность;

– в результате её проведения в распоряжении следствия и суда оказывается новая информация, имеющая доказательственное значение, которая не может быть получена другими процессуальными средствами².

Необходимость решения экспертизой других вопросов определяется особенностями обстоятельств конкретного дела.

К иным экспертам относятся эксперты негосударственных экспертных учреждений, лица, не работающие в судебно-экспертных учреждениях.

Персональный состав экспертов определяет руководитель соответствующего экспертного учреждения.

Краткий алгоритм действий должностных лиц при назначении судебно-медицинских экспертиз следующий:

1. Перед тем как принять решение о необходимости назначения экспертизы, следователь должен определить, нужна ли вообще экспертиза?

¹Там же.

²Зинин, А. М. Судебная экспертиза: Учебник / А. М. Зинин, Н. П. Майлис. М.: Право и закон, 2002. С.65.

2. Если нужна – то какова ее цель (что Вы хотите получить в итоге?), какие задачи необходимо поставить перед экспертом.

3. С учетом конкретной цели и задач сформулировать вопросы, выбрать профильное учреждение и/или эксперта конкретной специальности, обладающего необходимой компетенцией.

4. Вынести соответствующее постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы.

1.2. Виды судебно-медицинских экспертиз

Процессуальное законодательство предусматривает следующие виды судебных экспертиз:

- 1) первичная;
- 2) дополнительная;
- 3) повторная;
- 4) комиссионная;
- 5) комплексная.

Комиссионная экспертиза может быть первичной, повторной или дополнительной.

Комиссионный характер экспертизы определяется: большим количеством объектов, представленных на исследование, необходимостью проведения высокотехнологичных лабораторных исследований, и привлечения дополнительных специалистов различного профиля, – определяется следователем либо руководителем экспертного учреждения, которому поручено производство экспертизы.

Комиссионная СМЭ имеет следующие особенности:

– она производится не менее чем двумя экспертами одной медицинской специальности, обладающих специальными медицинскими знаниями (ст. 200 УПК РФ, ст. 21 ФЗ ГСЭД);

– каждый из экспертов проводит исследования в полном объеме, и они совместно анализируют полученные результаты (ст. 22 ФЗ ГСЭД).

Комиссионные судебно-медицинские экспертизы могут быть проведены по распоряжению руководителя БСМЭ в соответствии со ст. 15 Приказа Минздравсоцразвития РФ № 346н, в котором указано, что «руководитель государственного судебно-экспертного учреждения изучает постановление о назначении экспертизы, устанавливает вид, характер и объем предстоящей экспертизы и на этом основании определяет исполнителя, которому поручает производство экспертизы». То есть в соответствии с наличием технических сложностей, большим количеством материалов дела, необходимостью дачи ответов на большое количество нестандартных вопросов.

При назначении межведомственной комиссионной экспертизы в постановлении о ее назначении должно быть указано, каким судебно-экспертным учреждениям поручается ее производство.

1.3. Предмет комиссионных экспертиз. Общие требования к вопросам, подлежащим разрешению при назначении судебно-медицинских экспертиз

Необходимым условием эффективности экспертных исследований является правильная постановка эксперту вопросов, которые формулируется в постановлении следователя или определения суда о

назначении экспертизы. Вывод эксперта во многом зависит от характера вопроса, правильности, чёткости содержащихся в нём логических предпосылок. Следователь должен четко понимать цель и задачи назначаемой им экспертизы и в соответствии с целью формулировать вопросы.

Как показывает практика, распространена необоснованная шаблонность подхода следователя к постановке вопросов экспертам по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи: постановка перед экспертами типового набора вопросов, переписанных из справочников, руководств, без учёта специфики конкретной следственной ситуации.

Нередко задаются риторические вопросы без привязки к конкретному событию или конкретному пациенту.

Необходимо соблюдать следующие правила формулировки вопросов:

- вопросы следует ставить корректно, – по содержанию и форме;
- кратко и ясно – длинные, запутанные вопросы затрудняют их понимание и ответ на них;
- вопрос должен быть конкретным, т.е. должен указывать время, место и контекст, которые необходимо учитывать при ответе, не допускать различных толкований;
- вопросы должны быть поставлены с учетом конкретного случая;
- вопрос должен быть по возможности простым – если вопрос сложный, то его лучше разбить на несколько простых;
- должна соблюдаться системность, логическая последовательность вопросов;
- в вопросе не следует употреблять слова с двойными и более значениями;
- нельзя задавать вопросы в той области знаний, которая считается общеизвестной для следователей.

– вопросы должны соответствовать компетенции конкретного эксперта, и экспертного учреждения в целом;

К наиболее частым недочетам при формулировке вопросов относят:

Логические недочеты:

– вопросы следователя звучат в сослагательном наклонении – «что бы было, если бы?», «Можно было бы избежать неблагоприятный исход»;

– вопросы звучат в «обвинительном» наклонении – «а не причинено ли телесное повреждение гаечным ключом?»;

Процессуальные недочеты:

– «обход» закона – например, попытка решить юридические вопросы (о виновности, обезображивании и т.д.) с помощью судебной экспертизы - вопросы не могут выходить за пределы специальных знаний эксперта. Очень часто имеют место попытки заставить экспертную комиссию исполнять функцию следователя: «Кто именно оказывал медицинскую помощь?», «Какие именно манипуляции проводил врач?» и т.д.;

Предметные недочеты:

– необоснованная постановка формальных вопросов из справочника;

– для судебной экспертизы доставляются «не те» материалы дела и ошибка не может быть исправлена без предмета исследования;

– на судебную экспертизу направляются непонятные материалы (написаны абсолютно неразборчивым почерком).

1.4. Основания назначения и сроки производства комиссионных судебно-медицинских экспертиз.

Правовым основанием для производства комиссионной СМЭ служит постановление следователя о назначении экспертизы в соответствии с соблюдением требований ст.ст. 195-207, 283 УПК РФ.

Постановление должно быть мотивированным в нём должны лаконично содержаться фактические данные, обосновывающие необходимость проведения комиссионной экспертизы.

Вводная часть должна содержать дату и место составления постановления, должность следователя, классный чин или звание, фамилию, инициалы; вид экспертизы (комиссионная),

Описательная часть должна содержать краткое изложение обстоятельств дела, по поводу которых возникла необходимость в использовании специальных знаний, и привлечения конкретных специалистов в области медицинских знаний, основания ее назначения.

Резолютивная часть, о назначении комиссионной экспертизы и поставленных вопросов, конкретных объектов, предоставляемых для исследования, наименование учреждения, в котором должна быть произведена экспертиза, либо фамилию, имя, отчество эксперта, не являющегося сотрудником экспертного учреждения.

Статья 6.1. УПК РФ определяет разумный срок уголовного судопроизводства следующим образом:

«Уголовное судопроизводство осуществляется в сроки, установленные настоящим Кодексом. Продление этих сроков допустимо в случаях и в порядке, которые предусмотрены настоящим Кодексом, но уголовное преследование, назначение наказания и прекращение уголовного преследования должны осуществляться в разумный срок.

Обстоятельства, связанные с организацией работы органов дознания, следствия, прокуратуры и суда, а также рассмотрение уголовного дела различными инстанциями не может приниматься во внимание в качестве оснований для превышения разумных сроков осуществления уголовного судопроизводства».

Указания на сроки производства какой – либо экспертизы в УПК РФ отсутствуют. Делегируя полномочия по регулированию сроков

производства экспертиз ведомственным структурам, законодатель добился дифференциации сроков их производства в зависимости от сложности и трудоемкости исследований.

Сроки производства комиссионной судебно-медицинской экспертизы уголовно-процессуальным законом не установлены. Их, в некоторых случаях, устанавливает суд, указывая в определении о назначении экспертизы дату, не позднее которой заключение должно быть составлено и направлено в суд. Между тем, в законе отсутствует ответ на вопрос, на что именно должен ориентироваться суд при назначении этой даты. Поэтому дата определяется на усмотрение суда. Следователь лишен даже этой возможности.

Судебная экспертиза, считается назначенной «со дня вынесения соответствующего постановления следователем, судьей» (ст. 19)¹.

Фактически срок производства экспертизы определяется моментом поступления материалов в экспертное учреждение и моментом поручения ее производства конкретному эксперту.

В соответствии с требованиями УПК РФ сроки производства экспертиз не должны превышать сроков предварительного расследования (судебного следствия). Поэтому следователь заблаговременно должен решить вопрос о продлении сроков следствия и содержания обвиняемых (подозреваемых) под стражей.

Информации о сроках судебно – медицинской экспертизы ни УПК РФ, ни ведомственные правовые акты не содержат.

К критериям разумности сроков производства комиссионных СМЭ следует относить:

¹«О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»: Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ (ред. от 08.03.2015) // СПС «КонсультантПлюс»; «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации»: Приказ Минздравсоцразвития РФ п. 4 от 12.05.2010 № 346н // СПС «КонсультантПлюс». (Дата обращения –17.06.2021).

1. Количество вопросов поставленных на разрешение экспертам.
2. Количество объектов, предоставленных экспертам на исследование.
3. Своевременность предоставления следователем материалов экспертам.
4. Сложность и количество исследований, необходимых для дачи исчерпывающих ответов на поставленные следователем вопросы.
5. Необходимость привлечения к производству комиссионной СМЭ специалистов, не состоящих в штате БСМЭ.
6. Транспортная доступность экспертного учреждения для своевременного предоставления материалов эксперту (Таймыр – Красноярск).
7. Фактическая нагрузка по другим экспертизам, выполняемым экспертом в рамках исполнения служебных обязанностей, хотя УПК РФ необоснованно не относит это к критериям разумности сроков уголовного судопроизводства.

Таким образом, сроки производства СМЭ необходимо урегулировать на законодательном уровне. В настоящее время есть необходимость разработки ведомственного нормативно – правового акта, в соответствии с которым руководитель экспертного учреждения будет устанавливать конкретный срок производства экспертизы, предварительно согласовав его с лицом, назначившим СМЭ.

ГЛАВА 2. ПРОБЛЕМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ ЯТРОГЕННЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ. ОСОБЕННОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ И ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ФАКТАМ НЕОКАЗАНИЯ ИЛИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. Понятие ятрогенных преступлений и сложности, возникающие в процессе их расследования.

Одним из приоритетных прав граждан в Российской Федерации, закрепленном в Конституции, является право на бесплатную медицинскую помощь. Здоровью и жизни человека отдается приоритетное значение при выборе направления политики государства. Поэтому проблема не оказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи носит критический характер, угрожающий нормальному функционированию общества, становлению социального государства. В науке преступления в медицинской сфере принято называть ятрогенными. Ятрогенные преступления – это есть виновное нарушение правил и (или) стандартов оказания медицинской помощи, совершенное физическим лицом, имеющим юридический статус медицинского работника, в процессе исполнения своих профессиональных обязанностей смерти или вреда здоровью пациента.¹

Понятие «ятрогения» представлено в методических рекомендациях, утвержденных директором РЦСМЭ А.В. Ковалевым. Так «ятрогения – это

¹Замалеева С.В. Ятрогенные преступления: понятие, система и вопросы криминализации. Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. Екатеринбург, 2016. 26 с.

любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или смерти; осложнения медицинских мероприятий, развившихся в результате как ошибочных, так и правильных действий или бездействий врача¹.

Проанализировав правоприменительную практику выяснено, что чаще всего медицинских работников привлекают к уголовной ответственности по ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118, ч. 4 ст. 122, ч. 3 ст. 123 и ст. 235 УК РФ.

Расследование данной категории уголовных дел представляет огромную сложность для следователей по нескольким причинам. В первую очередь сказывается отсутствие у следователя специальных медицинских знаний. В материалах уголовного дела содержится огромное количество документов, наполненных медицинской терминологией. Выход из данной ситуации видится в привлечении к расследованию специалистов, а также в назначении судебных экспертиз. Однако и тут не все гладко.

Возникает еще одна проблема – установление причинно-следственной связи между действиями медиков и наступившими последствиями в виде вреда здоровью или смерти пациента. Остановимся на ней поподробнее. Существует множество определений понятия причинной связи, как и теорий о ее существовании. Причинная связь – это такое отношение между явлениями, при котором одно (причина) непосредственно порождает другое.² Ее установление является обязательным условием для привлечения лица к уголовной

¹Ковалев, А.В. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи: методические рекомендации. М.: ФГБУ «РЦСМЭ», 2017. 2-е изд., перераб. и доп. С. 2.

²Дагель П.С. Проблемы вины в уголовном праве. Переработ. издание. М.: Центр, 2006.

ответственности в случае, если состав преступления является материальным. Процесс доказывания наличия причинной связи доставляет немало проблем лицу, производящему расследование. Что касается ятрогенных преступлений, то по некоторым уголовным делам установить прямую причинно-следственную связь порой не представляется возможным. В медицине существуют такие понятия как «основное заболевание», «сопутствующее заболевание», «тяжесть заболевания или состояния», которые в свое время могут оказать влияние на наступление неблагоприятных последствий. При одном и том же основном заболевании два человеческих организма могут отреагировать по-разному. Виной тому выступает иммунитет человека, возрастные особенности, а также сопутствующие заболевания. Следовательно, по вышеназванным причинам, не в силах самостоятельно установить данную связь. Данную задачу может решить комиссия судебно-медицинская экспертиза. Так, в методических рекомендациях по производству данного вида экспертиз указано, что при проведении судебно-медицинской экспертизы установление наличия или отсутствия причинной (прямой) связи между действием (бездействием) медицинского работника и наступлением у пациента неблагоприятного исхода для экспертной комиссии является обязательным.¹

Как уже ранее было отмечено, уголовная ответственность наступает только в случае наличия прямой причинно-следственной связи. Так, апелляционным постановлением Приморский краевой суд оставил без изменения решение нижестоящего суда при следующих обстоятельствах². В апелляционной жалобе заявитель ФИО1 просит отменить постановление

¹ А.В. Ковалев. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи: Методические рекомендации. 2017. С. 5.

² Приговор Приморского краевого суда от 26.08.2020. Дело № 22К-2747/2020. URL: <https://sudact.ru/regular/doc/RhHt4WLuRPd1//> (дата обращения 17.06.2021).

о прекращении уголовного дела, возбужденного по ст. 109 УК РФ, и уголовного преследования в отношении ФИО6. Из материалов дела следует, что смерть ФИО2 наступила от острого отравления этиловым спиртом. Фельдшер ФИО6 оказал медицинскую помощь не в полном объеме, однако состояние пациента было оценено правильно, оснований для обязательной госпитализации ФИО2 на тот момент не имелось. По данному уголовному делу следователем была назначена комиссия судебно-медицинская экспертиза, в ходе которой установлено, что между действиями фельдшера ФИО6 и наступившей смертью ФИО2 отсутствует прямая причинно-следственная связь.

Приведем еще один пример комиссионной СМЭ по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи¹. Так, в отдел сложных экспертиз КГБУЗ ККБСМЭ, следователь назначает комиссионную СМЭ (материал доследственной проверки КУСП №...) по поступившему заявлению гр. А. Из постановления следует, что 14.04.2018 г. медицинские сотрудники бригады отделения скорой медицинской помощи КГБУЗ «Б» не оказали помощь больному гр. А, 23.08.1988 года рождения, что повлекло причинение тяжкого вреда здоровью последнего.

На исследование представлены следующие материалы:

- Настоящее постановление;
- Материал проверки №... от 07.06.2018;
- «Заключение эксперта» №...от 06.09.2018г из ККБСМЭ;
- Медицинская карта амбулаторного больного №0414605024 из КГБУЗ «Б».
- Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях №0414605024 из КГБУЗ «Б»;

¹ Комиссионная СМЭ назначена в отдел сложных экспертиз КГБУЗ ККБСМЭ в 2018 году, проведена экспертной комиссией (Заключение эксперта № ... от 14.04.2018 г.).

– Заверенная копия карты скорой медицинской помощи №19 от 14.04.2018г. из КГБУЗ «Б»;

– Медицинская карта стационарного больного №14052/2-18/573 из ККБ №1;

– CD-R диск с записью МСКТ головного мозга.

Перед экспертной комиссией сформулированы следующие вопросы:

«1. Имеется ли причинно-следственная связь между неоказанием квалифицированной медпомощи и причинением тяжкого вреда здоровью гр.А.? 2. Наступило ли причинение тяжкого вреда здоровью гр. А, если бы ему была вовремя оказана медицинская помощь? 3. Мог ли врач К. и фельдшер П. диагностировать заболевание, от которого гр. А. получил тяжкий вред здоровью и вовремя госпитализировать последнего? 4. Выполнили ли врач К. и фельдшер П. все исчерпывающие медицинские мероприятия, направленные на своевременное лечение гр. А., мероприятия, предусмотренные медицинскими стандартами и иной нормативной документацией? 5. Правильно ли действовали врач К. и фельдшер П. в данной ситуации?»

Из объяснения гр. А. от 24.07.18г., из которого следует, что: «14.04.2018 года около 19 часов я поехал с друзьями поиграть в волейбол в школу, расположенную в с. ... После 10 минут с момента начала игры я почувствовал себя плохо. Уточняю, что во время игры меня никто не толкал, головой я не ударялся, чувствовал в течение дня себя хорошо, таблетки и какие-либо лекарственные препараты я не принимал до игры и накануне игры, алкоголь не употреблял, наркотические средства не употреблял, головокружений у меня не было никогда, давление в норме. Хочу дополнить, что у меня подкосились ноги, увидев это, ко мне подбежали ребята, с которыми я вместе играл в волейбол... подхватили меня за руки, у меня закружилась голова. Я помню, что меня перевели в другую часть спортивного зала, где открыли дверь, чтобы поступал свежий

воздух. Затем кто-то позвонил в скорую медицинскую помощь... Также я помню, что когда мне стало плохо во время игры, я хотел подойти к скамейке, которая расположена в спортивном зале, но левая нога у меня стала подкашиваться, поэтому я мог свободно устойчиво наступать только на правую ногу. Я захотел сесть на скамейку, но не удержался и упал на левый бок. Когда приехала скорая медицинская помощь, я не помню, сколько человек ко мне подошло из сотрудников скорой медицинской помощи, точно помню, что был мужчина и женщина. Я помню, что мне измерили давление, попросили встать со скамейки, самостоятельно встать я не смог, сел обратно на скамейку, кто-то из ребят мне помог привстать, но сам не смог устоять на ногах... Затем меня попросили сотрудники скорой медицинской помощи дотянуться кончиком пальца до носа, сначала левой рукой, затем правой, я не помню, получилось у меня, либо нет. Я помню, что сотрудники СМП отказались везти меня в больницу, сказали что у меня переутомление, порекомендовали мне выпить 2 таблетки «Эналаприла», данные таблетки, как мне известно, понижают давление. Хотя, со слов сотрудников СМП мне известно, что давление у меня было в норме, когда они мне его измерили... Я доехал до села Б. с М. на его автомобиле, затем в селе Б. пересел в другой автомобиль К.. После чего с К. мы поехали в краевую больницу г. Красноярск... Уточняю, что я самостоятельно не мог передвигаться до машины М.... также я не мог самостоятельно передвигаться до машины К..... Когда я приехал в краевую больницу, врачи мне сделали МРТ... затем меня положили в краевую больницу г. Красноярск на обследование. В мае 2018 года меня выписали из краевой больницы г. Красноярск, после чего я лежал в реабилитационном центре ФМБА. 30.05.18г. меня выписали и отправили на амбулаторное лечение»

Выводы: Изучив материалы проверки КУСП №... от 07.06.2018, меддокументы на имя А., 1988 г.р., судебно-медицинская экспертная комиссия приходит к следующим выводам:

Вопрос 1-5: «1. Имеется ли причинно-следственная связь между неоказанием квалифицированной медпомощи и причинение тяжкого вреда здоровью гр. А.? 2. Наступило ли причинение тяжкого вреда здоровью гр. А, если бы ей была вовремя оказана медицинская помощь? 3. Мог ли врач К. и фельдшер П. диагностировать заболевание, от которого гр. А. получил тяжкий вред здоровью и во время госпитализировать последнего? 4. Выполнили ли врач К. и фельдшер П. все исчерпывающие медицинские мероприятия, направленные на своевременное лечение гр. А. мероприятия, предусмотренные медицинскими стандартами и иной нормативной документацией? 5. Правильно ли действовали врач К. и фельдшер П. в данной ситуации?»

Ответы (1-5): Анализом представленных на экспертизу медицинских документов и материалов дела, экспертной комиссией установлено, что у гр. А., при обращении его за медицинской помощью 14 апреля 2018г., имелось самостоятельное заболевание, нетравматического характера в виде нарушения мозгового кровообращения по геморрагическому типу, развившегося вследствие разрыва мешотчатой аневризмы локализованной в бассейне правой средней мозговой артерии с формированием внутримозговой гематомы и субарахноидального кровоизлияния.

Согласно п. 24 Приказа №194н МЗ и СР РФ «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» от 24 апреля 2008г.: «Ухудшение состояния здоровья человека вызванное характером и тяжестью... заболевания, поздними сроками начала лечения..., сопутствующей патологией и другими причинами, не рассматривается как причинение вреда здоровью».

Таким образом, наличие у гр. А самостоятельного заболевания, не носящего травматического характера, в виде развития у него нарушения мозгового кровообращения по геморрагическому типу, вследствие разрыва мешотчатой аневризмы, локализованной в бассейне правой средней мозговой артерии с формированием внутримозговой гематомы и субарахноидального кровоизлияния, не может соответствовать медицинским критериям квалифицирующих признаков в отношении, в том числе, тяжкого вреда здоровью.

Для ответа на иные вопросы касающихся оценки дефектов оказания медицинской помощи гр. А. на догоспитальном этапе, в представленных материалах КУСП № 4637/653 от 07.06.2018г. по факту неоказания медицинской помощи гр. А сотрудниками отделения скорой медицинской помощи КГБУЗ «Б», не содержится достаточных сведений. Отсутствует изложение событий, непосредственными участниками, в отношении которых проводится проверка, что не позволяет произвести оценку их действиям.

В последующем была назначена дополнительная комиссионная судебно-медицинская экспертиза.

Вопросы, подлежащие разрешению при дополнительной экспертизе:

«1. Мог ли врач К. и фельдшер П. диагностировать заболевание, от которого гр. А. получил тяжкий вред здоровью и вовремя госпитализировать последнего?

2. Выполнили ли врач К. и фельдшер П. все исчерпывающие медицинские мероприятия, направленные на своевременное лечение гр. А. мероприятия, предусмотренные медицинскими стандартами и иной нормативной документацией?

3. Правильно ли действовали врач К. и фельдшер П. в данной ситуации?»

На исследование представлены следующие материалы:

- Настоящее постановление;
- Материал проверки №4637/653 от 07.06.2018;
- «Заключение эксперта» №8207 от 06.09.2018г из ККБСМЭ;
- Заверенная копия карты скорой медицинской помощи №19 от 14.04.2018г из КГБУЗ «Б...»;
- Медицинская карта стационарного больного №14052/2-18/573 из ККБ №1;
- CD-R диск с записью МСКТ головного мозга.

Выводы: Изучив материалы проверки КУСП №... от 07.06.2018, меддокументы на имя гр. А., 1988 г.р., судебно-медицинская экспертная комиссия приходит к следующим выводам:

Вопрос: «1. Мог ли врач К. и фельдшер П. диагностировать заболевание, от которого гр. А. получил тяжкий вред здоровью и вовремя госпитализировать последнего?»

Ответ 1. Согласно п. 24 Приказа №194н МЗ и СР РФ «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» от 24 апреля 2008г.: «Ухудшение состояния здоровья человека вызванное характером и тяжестью... заболевания, поздними сроками начала лечения..., сопутствующей патологией и другими причинами, не рассматривается как причинение вреда здоровью».

Согласно сведениям, зафиксированным в «карте вызова скорой медицинской помощи» №19 от 24.04.2018г у гр. А. была диагностирована «вегето-сосудистая дистония». Осмотр, оказание медицинской помощи соответствуют алгоритму действий в данном конкретном случае. \

Вопрос: 2. Выполнили ли врач К. и фельдшер П. все исчерпывающие медицинские мероприятия, направленные на своевременное лечение гр. А. мероприятия, предусмотренные медицинскими стандартами и иной нормативной документацией?

Ответ: 2. В данном конкретном случае осмотр, оказание медицинской помощи, соответствовали алгоритму действий в данном конкретном случае, однако отсутствуют указания на факт проведения гр. А. электрокардиографии.

3. Правильно ли действовали врач К. и фельдшер П. в данной ситуации?»

Ответ: 3. Действия врач К. и фельдшер П. соответствовали алгоритму, определенному нормативными документами: «Устав КГБУЗ «Б.»; Приказами и распоряжениями главного врача КГБУЗ «Б.», его заместителями по лечебной работе, заведующего подстанции и старшего дежурного врача; «Должностная инструкция врача выездной бригады скорой медицинской помощи»; «Должностная инструкция фельдшера выездной бригады скорой медицинской помощи»; «Приказ МЗ РФ от 20.06.2013 №388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи»».

В рассмотренных выше примерах экспертиза дала однозначный ответ. Сложнее разобраться в виновности лица в случае установления косвенной причинно-следственной связи. Так, следствием установлено, что малолетняя К. с повышенной температурой тела, амбулаторно обратилась на прием к врачу стоматологу Д. с диагнозом: обострение хронического периодонтита. Впоследствии, законный представитель малолетней неоднократно обращалась за скорой медицинской помощью ввиду явного ухудшения состояния здоровья К. и повышения температуры тела последней, в результате чего, в вечернее время, малолетняя К. была доставлена в больницу, где в тяжелом состоянии была госпитализирована. По результатам осмотра, проведенного в этот же день врачами педиатром А., врачом инфекционистом П., врачом-реаниматологом Т. малолетняя К. была переведена в палату интенсивной терапии хирургического отделения больницы с предварительным диагнозом гипертиреоз, где днем малолетняя

не приходя в сознание, скончалась. Следователем была назначена комиссия судебно-медицинская экспертиза¹, в ходе которой был задан вопрос экспертам: «Имеется ли прямая причинно-следственная связь между выявленными дефектами (недостатками) в действиях врачей Д., А., П., Т., при оказании медицинской помощи малолетней К. и наступлением смерти малолетней К.? В действиях врачей А., П. и Т. прямая причинно-следственная связь между выявленными дефектами оказания медицинской помощи и наступлением её смерти не имеется. Однако между действиями (бездействиями) врача стоматолога Д., которая не провела полное своевременное обследование, не оценила тяжесть состояния ребенка К., наличие у неё сопутствующей патологии, не назначила адекватное лечение и наступившими последствиями в виде смерти ребенка имеется косвенная причинно-следственная связь. Вопрос наступления уголовной ответственности при косвенной причинно-следственной связи носит дискуссионный характер. Некоторые ученые полагают, что лицо должно понести наказание в таком случае, но правоприменительная практика следует по другому пути.

Подводя итоги, стоит отметить, что преступления в сфере неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи в науке именуются ятрогенными преступлениями. Расследование уголовных дел данной категории представляют немалую сложность, одной из которых является установление причинно-следственной связи. Решение данной проблемы видится в назначении комиссии судебно-медицинской экспертизы. Состав преступления образуется только в том случае, если между действиями лечащего врача и наступившими последствиями установлена прямая причинно-следственная связь.

¹Комиссионная СМЭ по материалам уголовного дела назначена в отдел сложных экспертиз КГБУЗ ККБСМЭ в 2020 году, проведена экспертной комиссией отдела (Заключение эксперта № ... от 06.08.2020г.).

2.2. Организационно-тактические мероприятия следователя до момента вынесения постановления о назначении комиссионных судебно-медицинских экспертиз по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Перед вынесением постановления о назначении комиссионной экспертизы следователем должны быть проведены следующие организационно-тактические мероприятия:

1. Изучение состава преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи и механизма их совершения с учетом обстоятельств, которые подлежат доказыванию в соответствии со ст. 73 УПК РФ. Составляется перечень документов и вещественных доказательств, которые необходимо изъять в ходе следственных действий и предоставить экспертам.

2. Должны быть изъяты и приобщены к материалам уголовного дела все медицинские документы и вещественные доказательства, необходимые для назначения и производства комиссионной экспертизы: должностные инструкции медицинских работников; заключения экспертиз по качеству оказания медицинской помощи (материалы служебных проверок по фактам возможных нарушений, допущенных медицинскими работниками, имеющими отношение к оказанию медицинской помощи и другие документы, которые помогут установить причинно-следственную связь между деяниями медицинских работников и наступившими неблагоприятными последствиями, – на основании которых будут поставлены вопросы экспертам, затребовать и приобщать к материалам дела заключения страховой компании или надзорного органа в сфере здравоохранения по конкретному случаю ненадлежащего оказания медицинской помощи).

3. Допрошены медицинские работники, в отношении которых будут поставлены вопросы экспертам, потерпевшие, свидетели.

4. Проанализированы полученные материалы в совокупности с точки зрения их относимости, допустимости, достоверности и достаточности, – с точки зрения требований статьи 88 УПК РФ.

5. При назначении экспертизы следователю необходимо убедиться в ее целесообразности, определить цель проведения экспертизы и ожидаемый результат, определить круг медицинских вопросов, требующих решения в конкретном случае, касающихся конкретного события, исключить общие вопросы.

6. Подготовлены объекты исследования для проведения судебно-медицинских экспертиз по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи, которыми могут являться:

- 1) материалы уголовного дела;
- 2) медицинские документы;
- 3) живое лицо;
- 4) труп;
- 5) вещественные доказательства.

Медицинские документы должны быть подлинными и содержать исчерпывающие данные о характере повреждений, течении патологического процесса, и иные сведения, необходимые для проведения судебно-комиссионной медицинской экспертизы.

Основной документацией, достаточной для проведения комиссионной судебно-медицинской экспертизы по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи являются:

1. Медицинская документация на имя пострадавшего:
 - 1.1. Медицинские карты стационарного больного.
 - 1.2. Медицинские карты амбулаторного больного поликлиники (с момента рождения).

1.3. Протокол патологоанатомического исследования трупа в случае смертельного исхода (полный текст протокола).

1.4. Аутопсийный материал (кусочки внутренних органов, изъятые при исследовании трупа, парафиновые блоки, предметные стёкла с препаратами).

1.5. Результаты инструментальных методов исследования (компьютерная томография, рентгенография, магнитно-резонансная томография и проч.).

1.6. Другие необходимые медицинские документы в случае необходимости (индивидуальная карта новорожденного и проч.).

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

7. Затем следователь приступает к составлению постановления и формулировке вопросов эксперту. В связи со сложностью формулирования вопросов, вызванной недостаточной осведомленностью следователей о компетентности и научно-технических возможностях судебно-медицинских экспертов в региональных учреждениях СМЭ, формулировка вопросов должна согласовываться следователем с заведующим отделом сложных экспертиз БСМЭ или заместителем начальника БСМЭ по экспертной работе. Подчеркну, что согласовываются именно формулировка вопросов, а не цель и задачи комиссионной СМЭ.

8. В случае недостаточности материалов для дачи исчерпывающего экспертного заключения, следователь, по ходатайству эксперта, либо по собственной инициативе, дополняет материалы предоставленные эксперту.

9. Предоставление материалов уголовного дела эксперту должно осуществляться в максимально короткие сроки, предпочтительно

следователем лично, либо компетентным нарочным (курирующим специалистом-криминалистом).

10. Вещественные доказательства должны быть предоставлены экспертам в надлежащем: упакованном и опечатанном виде, исключающем их повреждение и незаконный доступ к их содержимому. Рекомендуем упаковывать доставляемые материалы в стандартные почтовые пластиковые пакеты.

11. Следователь должен подготавливать материалы дела таким образом, чтобы полученная им информация позволяла дать ответы на интересующие следствие вопросы. Если следствие интересуется исполнением стандарта оказания медицинской помощи (иного нормативного документа) – предоставить те нормативные документы (реквизиты и текст документа), которыми руководствовался лечащий врач при оказании медицинской помощи.

2.3. Составление постановления о назначении комиссионных судебно-медицинских экспертиз по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи и вопросы, подлежащие разрешению.

В ходе выполнения исследования мной было проведено неформальное интервьюирование заведующего отделом сложных экспертиз КГБУЗ ККБСМЭ А.И. Бушуева.

Заведующий отделом сложных экспертиз КГБУЗ ККБСМЭ подчеркнул, что наибольшие трудности возникают у должностных лиц именно с составлением постановления о назначении СМЭ по так называемым «врачебным делам». Заведующий отделом сложных экспертиз

КГБУЗ ККБСМЭ пояснил, что практически в каждом постановлении о назначении комиссионных СМЭ по фактам неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи отсутствует информация о разрешении начальнику ККБСМЭ привлекать в качестве членов экспертной комиссии узких врачей клиницистов, не состоящих в штате ККБСМЭ, в таком случае, заключение эксперта может быть признано недопустимым доказательством. Данное обстоятельство обусловлено еще и тем, что в Красноярском крае отсутствуют методические рекомендации для следователей по назначению комиссионных СМЭ по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи.

При составлении постановления о назначении комиссионных СМЭ по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи следователь должен соблюдать индивидуальные стандартные правила и требования (рассмотрены в первой главе).

К производству комиссионных СМЭ по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи в качестве экспертов часто необходимо привлекать врачей клиницистов, не являющихся сотрудниками БСМЭ.

В Постановлении Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 21 декабря 2010 г. №28 указано следующее: «в случае поручения производства экспертизы лицу, не работающему в судебно-экспертном учреждении, разъяснение прав и обязанностей, предусмотренных статьей 57 УПК РФ, возлагается на следователя, суд, принявшего решение о назначении экспертизы.

То есть, эксперт, не работающий в ГСЭУ, должен быть определен следователем до поступления постановления и материалов дела в экспертное учреждение.

В пункте 5 указано, что «в тех случаях, когда в государственном судебно-экспертном учреждении, обслуживающем определенную территорию, отсутствует эксперт, производство СМЭ может быть

поручено экспертным учреждениям, обслуживающим другие территории, негосударственному судебно-экспертному учреждению или лицу, не работающему в судебно-экспертном учреждении...»

То есть, если требуется привлечение врача какой-либо определенной специальности (терапевт, невролог, рентгенолог и т.д.) или специалиста не врачебной специальности, следователь может напрямую поручить экспертное исследование любому соответствующему специалисту, не состоящему в штате БСМЭ.

В ходе проведенного мной интервьюирования заведующий отделом сложных экспертиз обратил внимание на то, что должностные лица при назначении СМЭ по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи формулируют очень большое количество вопросов в постановлении. Так в среднем формулируется от 80 до 100 вопросов, в 2018 году в отдел сложных экспертиз КГБУЗ ККБСМЭ поступило постановление, в котором было поставлено перед экспертом более 400 вопросов.

Как показывает экспертная практика отдела сложных экспертиз КГБУЗ ККБСМЭ, в процессе назначения комиссионных СМЭ существует большое количество недочетов.

Приведем конкретный случай из экспертной практики отдела сложных экспертиз КГБУЗ ККБСМЭ и проанализируем недочеты, выявленные нами при назначении комиссионной СМЭ.

В 2017 году в отдел сложных экспертиз КГБУЗ ККБСМЭ поступили материалы дела из Республики Хакасия¹. Комиссионная СМЭ назначена на основании постановления следователя следственного отдела СУ СК РФ по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи.

¹Комиссионная СМЭ по материалам уголовного дела назначена в отдел сложных экспертиз КГБУЗ ККБСМЭ в 2017 году, проведена экспертной комиссией отдела (Заключение эксперта № ... от 06.04.2017г.).

В описательной части постановления указано следующее: «30 января 2017 года в СО по ГСУ СК РФ по РХ. поступило заявление, согласно которому гр. М. просит привлечь врачей родильного отделения ГБУЗ РХ. В ходе проверки установлено, что 08 января 2017 года гр. М. находясь под наблюдением врачей родильного отделения родила ребенка В. В период времени с 09 по 12 января 2017 года состояние ребенка ухудшалось и 12 января 2017 года новорожденный В. скончался в родильном доме № ... отделения ГБУЗ РХ.

Согласно протоколу вскрытия новорожденного В. следует, что причиной смерти последнего явилось внутриутробное инфицирование плода, гнойный омфалит (периартериит, перифлебит). Врожденная пневмония: диффузное альвеолярное повреждение; гиалиновые мембраны в легких, ателектаз легких, фибринозное воспаление в легких, наличие колоний бактерий в альвеолах.

Для определения причины смерти и выяснения других вопросов, имеющих значение для уголовного дела необходимы специальные познания в области судебной медицины. На основании изложенного руководствуясь ст. 195 (196) и 199, 200 УПК РФ.

Постановил: назначить по настоящему уголовному делу комиссионную судебно-медицинскую экспертизу трупа В., поручив её производство экспертам КГБУЗ ККБСМЭ.

В представленном следователем постановлении он назначении комиссионной СМЭ нами выявлены следующие недочеты:

- постановление составлено сразу на 2–х лиц (роженица и новорожденный);
- назначена СМЭ трупа новорожденного В., однако труп не представлен.

Следователем в постановлении сформулировано 173 вопроса (вопросы, сформулированные следователем указаны см. в Приложении № 3).

Проанализировав сформулированные следователем на разрешение комиссионной СМЭ вопросы можно выделить следующие недочеты:

– большая часть вопросов носят общетеоретический характер;

– формулировка вопросов, лежащих вне компетенции судебно-медицинской экспертной комиссии «Когда именно могло наступить инфицирование плода?» и др.;

– формулировка заведомо не разрешаемых вопросов, без представления дополнительных материалов (в данном случае отсутствие трупа новорожденного);

– формулировка вопросов, имеющих сослагательное наклонение: 1. «Что было бы, если бы...?». 2. «Возможно ли было наступление смерти новорожденного В.А. в результате экстренного родоразрешения путем проведения операции кесарево сечение 31.12.2016 г. или в иные последующие дни (до 08.01.2017 года)?»;

– постановка вопросов, для ответа на которые не требуется использование медицинских знаний.

Формулировка вопросов должна соответствовать требованиям ст. 73 УПК РФ и статей уголовного кодекса, предусматривающих уголовную ответственность за причинение смерти по неосторожности (ст. 109); причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ст. 118); производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности (ст. 238); халатность (ст.293);

Вопросы эксперту, можно условно разделить на две категории:

1. Вопросы общего характера – относятся к установлению и экспертной оценке деяний медицинских работников и установлению прямой причинно-следственной связи с наступившими последствиями.

2. Вопросы, возникающие в конкретной следственной ситуации.

Перечень вопросов зависит от конкретных обстоятельств уголовного дела, установленных в ходе расследования, и подлежит корректировке – согласованию с судебно-медицинским экспертом, компетентным для их разрешения.

Формулировка вопросов следователя, изложенных в постановлении о назначении СМЭ должна быть понятна как для следователя, суда, так и для врача судебно-медицинского эксперта.

При выявлении недостатков в формулировках поставленных вопросов, судебно-медицинский эксперт, вправе интерпретировать вопросы следователя в соответствии со специальными знаниями, которыми он обладает.

Следователь вправе допросить врача судебно-медицинского эксперта для разъяснения данного им заключения. Постановка вопросов юридического характера не допустима.

При формулировании вопросов перед экспертом, следователи должны использовать термин «ненадлежащее оказание медицинской помощи», что будет верным с учетом действующего законодательства.

Вопросы, которые относятся к компетенции судебно-медицинского эксперта по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи, должны касаться установления причинно-следственных связей между деяниями конкретных медицинских работников и наступившими неблагоприятными последствиями. Вопросы «о качестве и безопасности медицинской помощи (медицинской услуги)», не входят в компетенцию ККБСМЭ, а является компетенцией администрации ЛПУ, ФОМС, Росздравнадзора, поэтому в БСМЭ проводиться не должны.

В соответствии со ст. 64 Закона об охране граждан, а также в соответствии с Приказом МЗ РФ от 16.05.2017г. № 226 н «Порядок осуществления экспертизы качества медицинской помощи» экспертиза качества медицинской помощи проводится аттестованными в установленном законодательством Российской Федерации порядке экспертами, привлекаемыми Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения или территориальным Фондом обязательного медицинского страхования.

БСМЭ не является подразделением Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, не имеет в своем штате аттестованных экспертов соответствующего профиля, ответ на вопрос о качестве оказания медицинской помощи – не входит в компетенцию судебно-медицинской экспертизы.

С 01.01.2021 г. вступил в силу приказ МЗ РФ № 785н от 31.07.20 г. «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности». В соответствии с этим приказом контроль качества и безопасности медицинской помощи возлагается на руководителя медицинской организации (главного врача стационара). Именно поэтому, от стационара можно смело требовать предоставления протокола проведения внутреннего контроля качества.

Вопросы возможностей различного уровня медицинских учреждений в лечении, диагностике тех или иных заболеваний, их оснащенности и укомплектованности персоналом, также не входят в компетенцию экспертного учреждения, так как это компетенция Росздравнадзора (органа, выдающего лицензию на тот или иной вид деятельности). Вопросы возможностей того или иного специалиста проводить диагностику и лечение конкретного пациента и (или) заболевания также не

входят в компетенцию врача судебно-медицинского эксперта, так как эти вопросы находятся в компетенции аттестационной комиссии.

Если медицинская помощь оказана в рамках обязательного медицинского страхования – ее качество оценивает фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС), если медицинская услуга оказана по договору – Росздравнадзор. Деятельность лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) при неблагоприятных исходах, осложнениях и т.д. – оценивает администрация ЛПУ, ФОМС, Росздравнадзор.

До 2017 года у врачей судебно-медицинских экспертов отсутствовал единообразный подход по порядку проведения и установления причинно-следственных связей по фактам неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи.

В 2017 году главным внештатным специалистом МЗ РФ А.В. Ковалевым изданы и утверждены методические рекомендации «Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи»¹. Данные методические рекомендации в настоящее время используются врачами экспертных комиссий в повседневной работе.

В данном документе приведены законодательные основы, расписана используемая терминология, даны основные понятия, которые необходимо использовать при проведении судебно-медицинских экспертиз по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи. Данные рекомендации, безусловно, предназначены для врачей судебно-медицинских экспертов,

¹ Ковалев А.В. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи: методические рекомендации. М.: ФГБУ «РЦСМЭ», 2017. 2-е изд., перераб. и доп. 29с.

но могут быть использованы в работе следователей, дознавателей, адвокатов и судей.

В данном документе есть четкое указание на то что «при отсутствии причинной (прямой) связи недостатка оказания медицинской помощи с наступившим неблагоприятным исходом степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека действием (бездействием) медицинского работника, не устанавливается».

В случаях, когда причинная связь не может быть установлена по имеющимся объективным медицинским данным, в заключении эксперта указываются причины, по которым она не может быть установлена. Также в данном документе обозначены виды исходов.

Даны определения понятиям «бездействие» медицинского работника, «неоказание» и «ненадлежащее» оказание медицинским работником медицинской помощи пациенту.

На практике достаточно часто пользуются термином «дефект оказания медицинской помощи». Понятия «дефект оказания медицинской помощи» и «ненадлежащее оказание медицинской помощи» тождественны.

Примерный перечень вопросов следователя при назначении комиссионной судебно-медицинской экспертизы по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи следующий:

1. Какое заболевание имелось у потерпевшего?
2. Какова причина смерти потерпевшего и время ее наступления (если наступило такое последствие)?
3. Какие телесные повреждения имеются у потерпевшего, каково их количество, локализация, орудия причинения, давность, механизм образования и степень вреда здоровью?

4. Надлежащим ли образом: своевременно, в полном ли объеме, оказаны первичная, специализированная, скорая медицинская помощь потерпевшему на догоспитальном и/или госпитальном этапе?

5. Какие именно, на каком этапе и кем из медицинских работников допущены действия или бездействия, повлекшие неоказание или ненадлежащее оказание медицинской помощи потерпевшему?

6. Имеется ли прямая причинно-следственная связь между неоказанием или ненадлежащим оказанием медицинской помощи потерпевшему, допущенными конкретными медицинскими работниками и наступившими последствиями (смертью либо причинением вреда здоровью потерпевшего)?

7. Имеется ли прямая причинно-следственная связь между действиями, бездействиями конкретных врачей (иных медицинских работников), принимавших участие в лечении и наступившими последствиями (смертью либо причинением вреда здоровью потерпевшего)? Если да, то, на каком этапе лечения?

8. Соответствовало ли оказание медицинской помощи потерпевшему требованиям безопасности; порядкам оказания медицинской помощи? Если нет, то имеется ли прямая причинно-следственная связь между выявленными нарушениями и наступлением последствий (смертью либо причинением вреда здоровью потерпевшего)?

9. Имеется ли прямая причинно-следственная связь между ненадлежащим оказанием медицинской помощи (нарушениями или недостатками допущенными в ходе оказания медицинской помощи) и осложнениями (перечислить) и/или наступлением неблагоприятного исхода? (смертью либо причинением вреда здоровью потерпевшего)?

10. Правильно и своевременно ли установлен и рубрифицирован клинический диагноз: основного заболевания, осложнений основного заболевания, сопутствующих заболеваний?

11. Соблюдал ли потерпевший рекомендации лечащего врача, если нет, то какие именно? Имеется прямая причинно-следственная связь между несоблюдением врачебных рекомендаций и наступлением неблагоприятных последствий (смерти или осложнений – конкретизировать каких именно)?
12. Какова причина возникновения (развития) осложнений и/или неблагоприятного исхода?
13. Какие показания/противопоказания имелись для проведения оперативного вмешательства (назначенного лечения)?
14. Какова причина возникновения сепсиса, и/или осложнений, и/или неблагоприятного исхода?
15. Какие индивидуальные особенности организма (аллергические реакции; перенесенные заболевания и операции; врожденная патология) потерпевшего не были учтены лечащим врачом, но оказали влияние на исход оперативного вмешательства?
16. Какие врожденные особенности организма потерпевшего способствовали реализации операционного риска, развитию осложнений и/или наступлению неблагоприятного исхода?
17. Правильно ли и в полном ли объеме лечащий врач собрал анамнез для подготовки пациента к операции, выборе тактики лечения?
18. Соблюдены ли правила назначения и проведения антибактериальной терапии?
19. В какой момент должны были быть привлечены узкие специалисты (в том числе педиатр, фтизиатр и реаниматолог) при ухудшении состояния ребенка?
20. Обосновано ли ребенку назначен препарат «Клафоран», если у него в противопоказаниях указаны: «повышенная чувствительность; дети в возрасте до 2,5 лет»?

21. Какие показания/противопоказания имелись у потерпевшего для назначения препарата «Клафоран»?

22. Какое влияние оказал иммунодефицит, имевшийся у потерпевшего, на возникновение и течение сепсиса?

23. Являлся ли в данном случае септический шок закономерным, прогнозируемым осложнением сепсиса, какие факторы повлияли на его молниеносное течение?

24. Чем обусловлено молниеносное течение сепсиса?

25. Какие клинические признаки сепсиса имелись у потерпевшего на момент: обращения за медицинской помощью; осмотра лечащим врачом; подготовки к операции; проведения операции; послеоперационный период?

Примерный образец постановления о назначении комиссионной СМЭ по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи см. в Приложении 2.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Производство комиссионной судебно-медицинской экспертизы это профессиональная деятельность судебно-медицинского эксперта, в результате которой появляется важное доказательство, – заключение эксперта, и процесс взаимодействия эксперта со следователем, назначающим экспертизу и создающим для этого необходимые условия¹.

Комиссионные судебно-медицинские экспертизы являются неотъемлемым доказательством по уголовным делам о «ятрогенных» преступлениях. В науке «ятрогенными» преступлениями именуется как всевозможные нежелательные или негативные последствия диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидности или смерти.² Расследование данной категории уголовных дел представляют немалую сложность для следователя по многим причинам – в первую очередь это необходимость специальных познаний в медицинской сфере. Так как лицо, осуществляющее расследование, таковыми не обладает, решить вопрос о причинно-следственной связи между действиями врача и наступившими негативными последствиями возможно только при помощи привлечения большого количества врачей-экспертов.

Пациентам в России декларирован широкий спектр прав при получении медицинской помощи. К сожалению, сфера здравоохранения в последние годы быстро коммерциализируется, снижается качество и

¹Жирова М.Ю. Типичные ошибки, связанные с назначением судебно-медицинской экспертизы по делам о причинении легкого вреда здоровью и побоях // Актуальные проблемы экономики и права. 2010. № 3. С. 197.

²Тюменцева Алена Анатольевна Ятрогенная преступность понятие, причины и проблемы правоприменения // Новые импульсы развития: вопросы научных исследований. 2020. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/yatrogennaya-prestupnost-ponyatie-prichiny-i-problemy-pravoprimeneniya> (дата обращения: 24.10.2021).

объем гарантированной медицинской помощи. Это приводит к постоянному росту числа жалоб пациентов, связанных с ненадлежащим выполнением медицинских услуг. Увеличение количества жалоб граждан требует от органов предварительного расследования все больше и больше времени на их проверку. В то же время, следовательно, не имея возможности самостоятельно ответить на многие вопросы, для принятия решения по материалу проверки сообщения о преступлении, назначает комиссионную экспертизу. Увеличение количества данных экспертиз негативно сказывается на их качестве и времени производства, а потому необходимо минимизировать ошибки, допускаемые в ходе следствия. «Качество судебных экспертиз, в том числе по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи, сроки их исполнения, эффективность экспертных выводов зависят не только от судебно-медицинского эксперта, но и от следователя, назначившего экспертизу»¹. От правильности постановки вопросов перед экспертом, доброкачественности и полноты собранных материалов зависят законность и обоснованность итоговых выводов эксперта².

Рассмотрев наиболее типичные ошибки следователя при назначении экспертизы, по данному вопросу нами были созданы методические рекомендации, предлагающие общий алгоритм действий. В первую очередь, следователю необходимо тщательно подготовиться, определить цель, для чего назначается экспертиза, выделить обстоятельства, подлежащие доказыванию по данной категории дел. Затем, в ходе следственных действий, следует получить документы и вещественные доказательства, которые в дальнейшем будут направлены экспертам. Подготавливать материалы дела таким образом, чтобы

¹Сергеева О.С. Использование специальных познаний в процессе доказывания по уголовному делу: условия эффективности // Российский следователь.2017. № 18. С. 43.

²Там же.

полученная следователем информация позволяла дать ответы на интересующие следствие вопросы. Если следствие интересуется исполнением стандарта оказания медицинской помощи (иного нормативного документа) – предоставить те нормативные документы (реквизиты и текст документа), которыми руководствовался лечащий врач при оказании медицинской помощи. Следователю необходимо приобщать к материалам дела медицинские документы, содержащие информацию о состоянии здоровья пациента до момента ненадлежащего оказания медицинской помощи, медицинские документы и результаты дополнительных исследований, содержащие сведения о характере и объеме оказания медицинской помощи за интересующий следствие период и наступившие последствия.

Кроме этого, следователь, в обязательном порядке до момента составления постановления о назначении комиссионной СМЭ по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи должен:

- приобщать результаты служебных проверок по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи.

- затребовать и приобщать к материалам дела заключения страховой компании или надзорного органа в сфере здравоохранения по конкретному случаю ненадлежащего оказания медицинской помощи.

- упаковывать доставляемые материалы в стандартные почтовые пластиковые пакеты.

В качестве рекомендации предлагаем должностным лицам, назначающим СМЭ по вопросам ненадлежащего оказания медицинской помощи, использовать в работе методические рекомендации «Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания

медицинской помощи»¹. Данные рекомендации, безусловно, предназначены для врачей – судебно-медицинских экспертов, но могут быть использованы в работе следователей, дознавателей, адвокатов и судей.

На этапе составления постановления о назначении комиссионной СМЭ следователь должен определить круг медицинских вопросов, требующих решения в конкретном случае, касающихся конкретного события, исключить общие вопросы.

При формулировании вопросов эксперту, необходимо соблюдать ряд простых правил:

- вопросы должны быть сформулированы четко, просто и однозначно;
- вопросы должны соответствовать компетенции, как конкретного эксперта, так и экспертного учреждения в целом;
- перечень вопросов в постановлении должен иметь логическую последовательность.

Нами был представлен примерный перечень вопросов, решаемых рассматриваемой судебной экспертизой. Следует помнить, что взаимодействие следователя с экспертной комиссией играет немаловажную роль. К примеру, помощь в формулировании вопросов может оказать заведующий отделом сложных экспертиз. Подчеркнем, что помощь может быть оказана именно в составлении формулировки вопросов, а не в определении целей и задач комиссионной СМЭ.

Использование следователями предложенных методических рекомендаций по назначению СМЭ по фактам ненадлежащего оказания

¹Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи: методические рекомендации. М.: ФГБУ «РЦСМЭ», 2017. 2-е изд., перераб. и доп. 29 с.

медицинской помощи, позволят судебно-медицинскому эксперту устранить возможность различных недоразумений, которые, приводят к необоснованному продлению сроков производства СМЭ и предварительного расследования, а также соблюсти требования к экспертным выводам, дать развернутые ответы на все сформулированные следствием вопросы.

В настоящее время есть необходимость в тесном взаимодействии следственных органов с врачами судебно-медицинскими экспертами отдела сложных экспертиз КГБУЗ ККБСМЭ. Поэтому, считаю, что заведующему отделом сложных экспертиз КГБУЗ ККБСМЭ и заместителю начальника бюро по экспертной работе необходимо регулярно проводить совместные научно-практические семинары с судебными и следственными органами. Кроме этого, необходимо повышать квалификацию должностных лиц, назначающих комиссионные СМЭ, по дополнительным образовательным программам соответствующего направления подготовки, что, несомненно, положительно скажется на качестве вынесения постановлений, подготовке необходимых материалов для проведения СМЭ и формулировке вопросов перед экспертом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Нормативно-правовые акты

1. Конституция Российской Федерации : принята всенародным голосованием 12.12.1993. // СПСКонсультантПлюс.
2. Уголовный кодекс Российской Федерации : Федеральный закон от 13.06.1996 № 63 - ФЗ. // СПСКонсультантПлюс.
3. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации : Федеральный закон от 18.12.2001 № 174 - ФЗ. // СПСКонсультантПлюс.
4. О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации : Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ. // СПСКонсультантПлюс.
5. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ. // СПСКонсультантПлюс.
6. Об утверждении правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека: постановление Правительства Российской Федерации от 17.08.2007 № 522. // СПСКонсультантПлюс.
7. Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека : приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 24.04.2008 №194н. // СПСКонсультантПлюс.
8. Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации : приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 12.05.2010 №346н. // СПСКонсультантПлюс.

Монографии, учебные пособия, учебники, статьи

1. Баринов, Е.Х. Правовая оценка выводов судебно-медицинской экспертизы по делам, связанным с оказанием медицинской помощи / Е.Х. Баринов, П.О. Ромодановский, О.И. Косухина // Судебная медицина. – 2016. – Т. 2. – № 2. – С 101-103.
2. Баринов, Е.Х. Внутренний контроль качества судебно-медицинских экспертиз по фактам неоказания медицинской помощи // Е.Х. Баринов, Н.А. Михеева, Р.Э. Калинин, Н.В. Тарасова // Судебная медицина. – 2020. – Т. 6. № 1. – С. 45-50.
3. Голубовский, В.Ю. Юридическое значение судебно-медицинских экспертиз при дефектах оказания медицинской помощи / В.Ю. Голубовский, Е.В. Куни // Лучшая научная статья. Сборник статей победителей VI Международного научно-практического конкурса. – 2017. – С.138-141.
4. Григ, Э.С. Анализ недостатков стоматологической помощи по материалам комплексных судебно-медицинских экспертиз / Э.С. Григ, Э.Г. Борисова // Международный научно-исследовательский журнал. – 2020. – № 6-2 (96). – С 93-96.
5. Дагель П.С. Проблемы вины в уголовном праве. Переработ. издание. –М.: Центр, 2006.–65 с.
6. Жирова, М.Ю. Типичные ошибки, связанные с назначением судебно-медицинской экспертизы по делам о причинении легкого вреда здоровью и побоях / Ю.М. Жирова // Актуальные проблемы экономики и права. – 2010. – № 3. – С. 197-202.
7. Зиненко, Ю.В. Организация судебно-медицинской экспертизы по определению тяжести вреда здоровью: учебное пособие / Ю.В. Зиненко, А.В. Репин. – Красноярск: СибЮИ МВД России, 2020. – 112 с.

8. Зиненко, Ю.В. Особенности проведения комиссионных экспертиз по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи (по архивным материалам отдела сложных экспертиз КГБУЗ Красноярского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы) / Ю.В. Зиненко, В.Ф. Моисеев, В.В. Чёрный // Евразийское научное объединение. – 2019. – 9(55). – С. 165–167.

9. Зиненко, Ю.В. Анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз, проведенных в отделе сложных экспертиз Красноярского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы за 2014-2018 гг. / Ю.В. Зиненко, В.Ф. Моисеев, В.В. Чёрный // Вестник Уфимского юридического института МВД России. – 2019. – № 4 (86). – С. 160-167.

10. Зиненко, Ю.В. О проблемах, связанных с производством комиссионных судебно-медицинских экспертиз (по архивным материалам отдела сложных экспертиз КГБУЗ Красноярского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы) / Ю.В. Зиненко, В.Ф. Моисеев, В.В. Чёрный // Дневник науки. – 2019. – № 12 (36). – С. 40–46.

11. Зиненко, Ю.В. Некоторые проблемы назначения комиссионных экспертиз по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи / Ю.В. Зиненко, А.И. Бушуев, В.В. Чёрный. // Актуальные проблемы криминалистики и судебной экспертизы. Материалы международной научно-практической конференции. – 2020. – С. 65-69.

12. Зиненко, Ю.В. К вопросу о проблемах назначения и производства комиссионных судебно-медицинских экспертиз / Ю.В. Зиненко, А.И. Бушуев, О.В. Сергеева // Криминалистика: вчера, сегодня, завтра. – 2020. – № 1 (13). – С. 64-71.

13. Зиненко, Ю.В. Актуальные проблемы, связанные с назначением комиссионных судебно-медицинских экспертиз / Ю.В. Зиненко, В.Ф. Моисеев, В.В. Чёрный // Научный компонент. – 2019. – № 4. (4). – С. 112-121.

14. Зиненко, Ю.В. Некоторые проблемы, связанные с назначением судебных экспертиз при расследовании насильственных преступлений / Ю.В. Зиненко // Криминалистика: вчера, сегодня, завтра. – 2019. – № 3 (11). – С. 42-50.

15. Ковалев, А.В. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи: методические рекомендации. М.: ФГБУ «РЦСМЭ», 2017. 2-е изд., перераб. и доп. 29 с.

16. Клевно, В.А. Судебно-медицинская экспертиза: теоретические, процессуальные, организационные и методические основы. – М. : ГЭОТАР Медиа, – 2012. – 368 с.

17. Кокорев, Р.А. Использование медицинских знаний в расследовании преступлений против личности: диссертация ... канд. юрид. наук : 12.00.12. / Кокорев Роман Александрович. – Москва, – 2018. – 244 с.

18. Маслов, А.В. Проблемы назначения и производства судебно-медицинских экспертиз / А.В. Маслов, Е.И. Прониченко, А.А. Теньков // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. – 2012. – № 12. – С 112-117.

19. Максимов, А.В. Совершенствование формы внутреннего контроля качества судебно-медицинских экспертиз в случаях смертельных исходов в стационарах медицинских организаций // А.В. Максимов, Н.В. Тарасова, Н.П. Чижиков / Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы : Сборник статей: Дальневосточный государственный медицинский университет. Хабаровск. 2019. С. 143-147.

20. Мишин, А.В. Актуальные проблемы назначения и производства судебной экспертизы / А.В. Мишин, П.Н. Мазуренко // Вестник экономики, права и социологии. – 2017. – № 1. – С. 86-89.

21. Никищев, И.Н. Об отдельных аспектах проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз оценки качества оказания медицинской помощи / И.Н. Никищев, Ю.Е. Морозов, С.В. Гусев // Судебная медицина. – 2016. – Т. 2. – С. 100-101.

22. Сарычева, Н.В. Некоторые процессуальные проблемы назначения судебной экспертизы / Н.В. Сарычева // Инновации в науке: научный журнал. – 2018. – № 5 (81). – С. 85–86.

23. Сергеева, О.С. Использование специальных познаний в процессе доказывания по уголовному делу: условия эффективности / О.С. Сергеева // Российский следователь. – 2017. – № 18. – С. 40-44.

24. Солодун, Ю.В. Проблемы доказательности судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» / Ю.В. Солодун, О.Ю. Злобина // Судебная медицина: вопросы, проблемы, экспертная практика. Материалы научно-практической конференции Межрегионального общественного объединения (ассоциации) «Судебные медики Сибири». – 2019. – С. 41-46.

25. Спиридонов, В.А. Проблемы формулировки вопросов при назначении комиссионных судебно-медицинских экспертиз неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи / Судебная медицина. – 2019. – Т. 5. № 15. – С 109.

26. Столяров, В.В. Организация производства судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» в городе Сургуте / В.В. Столяров, Д.В. Тягунов, А.Ф. Усынин, А.С. Новоселов, И.Ф. Шаймухаметова // Север России: стратегии и перспективы развития. Материалы II всероссийской научно-практической конференции. – 2016. – С. 150-155.

27. Шульга, И.П. Особенности проведения судебно-медицинской экспертизы в случае ненадлежащего оказания медицинской помощи /

И.П. Шульга, В.В. Бадяев // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. – 2018. – № 17. – С. 227-231.

28. Шрамов, Л.А. Основные проблемы при выполнении судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» / Л.А. Шрамов // Сборник научно-практических статей, посвященный 70-летию организации Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы МЗРТ. Казань. – 2020. – С. 174-179.

Эмпирические материалы

25 приговоров, вынесенных решением краевых и областных судов Красноярского края по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи. Годовые отчеты отдела сложных экспертиз КГБУЗ Красноярского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы за 2017-2021 г. Изучены материалы 138 постановлений о назначении комиссионных СМЭ и 138 экспертных заключений по фактам неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи отдела сложных экспертиз КГБУЗ ККБСМЭ.

Таблица. Соотношение общего количества проведенных комиссионных СМЭ и количества проведенных СМЭ по вопросам оценки ненадлежащего оказания медицинской помощи за 2017-2021 гг. в отделе сложных экспертиз КГБУЗ Красноярское краевое бюро судебно-медицинской.

Показатели	Годы				
	2017	2018	2019	2020	2021
Всего экспертиз	1050	1070	975	855	749
Экспертизы по «врачебным делам»	443 (44%)	464 (43,3%)	463 (47,5%)	363 (42,5%)	356 (47,5%)

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

о назначении комиссионной судебно-медицинской экспертизы

“ ” 20 г.

_____ (место составления)

Следователь СУ МУ МВД России, капитан юстиции А.А.Соколов., рассмотрев материалы уголовного дела № 2400000,

У С Т А Н О В И Л :

Настоящее уголовное дело возбуждено 07.09.2011 по признакам состава преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, по факту смерти малолетнего Иванова Г.А., в отношении лечащего врача Смирнова П.В.

20.12.2012 Смирнову П.В. предъявлено обвинение в совершении преступления, предусмотренного п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ, - в оказании медицинской услуги, не отвечающей требованиям безопасности жизни, повлекшее по неосторожности смерть малолетнего пациента Иванова Г.А.

29.08.2014 срок предварительного следствия продлен до 28 месяцев 00 суток, то есть до 21.02.2015.

Расследованием установлено, что 02 июля 2008 года в 09 часов 01 минуту в хирургическое отделение КГУЗ «Красноярская краевая детская больница», в плановом порядке, без направления участкового врача-педиатра, помещен малолетний Иванов Г.А., 25 апреля 2007 года рождения, с диагнозом: опухолевидное образование мягких тканей передней поверхности грудной клетки. Ему был назначен лечащий врач, - врач-хирург Смирнов П.В.

04 июля 2008 года врачом-хирургом Смирновым П.В. проведена операция - удаление опухолевидного образования в виде воспалительной гранулемы.

07 июля 2008 года в 05 часов 50 минут в результате инфекционно-токсического (септического) шока тяжелой степени наступила смерть малолетнего Иванова Г.А.

В ходе следствия в КГБУЗ ККБСМЭ г. Красноярска проведена первичная судебно-медицинская экспертиза № 15, по заключению которой смерть Иванова Г.А., наступила в результате инфекционно-токсического (септического) шока тяжелой степени - в форме генерализованной (системной) воспалительной реакции на инфекцию. Наличие воспалительной гранулемы в организме (в том числе и до проведения операции) могло явиться источником инфекции. Смерть Иванова Г.А. не

состоит в прямой причинной связи с качеством оказания медицинской помощи; в данном случае основным в исходе патологического процесса явилась его тяжесть, - молниеносное течение; отсутствие преемственности в действиях участкового педиатра, врача онколога и в последующем врача-хирурга отрицательно сказалось на тактике ведения ребенка Иванова Г.А. и затрудняло установление правильного диагноза.

В связи со сложностью разрешения вопросов, имеющих значение для расследования данного уголовного дела необходимо производство СМЭ не менее, чем двумя экспертами.

С учетом заключения первичной СМЭ, имеются достаточные основания для проведения комиссионной судебно-медицинской экспертизы с привлечением необходимых специалистов.

(излагаются основания назначения комиссионной судебной экспертизы, а также обоснование необходимости привлечения нескольких экспертов)

На основании изложенного и руководствуясь ст.195,199 и 200 УПК РФ,

П О С Т А Н О В И Л :

1. Назначить комиссионную судебно-медицинскую экспертизу, производство которой поручить экспертам отдела сложных экспертиз ККБСМЭ

(фамилии, имена, отчества экспертов либо наименование экспертного учреждения)

В качестве эксперта в состав комиссии постановлением от. «__» ____ 20__ г. включен также врач-хирург КГБУЗ «Краевая клиническая больница» Ф.И.О., имеющий высшую квалификационную категорию, степень кандидата медицинских наук, стаж работы __ лет.

2. Поставить перед экспертами вопросы:

1. Какое заболевание имелось у потерпевшего?
2. Какова причина смерти потерпевшего и время ее наступления (если наступило такое последствие)?
3. Какие телесные повреждения имеются у потерпевшего, каковы их количество, локализация, орудия причинения, давность, механизм образования и степень вреда здоровью?
4. Надлежащим ли образом: своевременно, в полном ли объеме, оказаны первичная, специализированная, скорая медицинская помощь потерпевшему на догоспитальном и\или госпитальном этапе?
5. Какие именно, на каком этапе и кем из медицинских работников допущены действия или бездействия, повлекшие неоказание или ненадлежащее оказание медицинской помощи потерпевшему?
6. Имеется ли прямая причинно-следственная связь между неоказанием или ненадлежащим оказанием медицинской помощи потерпевшему, допущенными конкретными медицинскими работниками и наступившими

последствиями (смертью либо причинением вреда здоровью потерпевшего)?

7. Имеется ли прямая причинно-следственная связь между действиями, бездействиями конкретных врачей (иных медицинских работников), принимавших участие в лечении и наступившими последствиями (смертью либо причинением вреда здоровью потерпевшего)? Если да, то, на каком этапе лечения?

8. Соответствовало ли оказание медицинской помощи потерпевшему требованиям безопасности; порядкам оказания медицинской помощи? Если нет, то имеется ли прямая причинно-следственная связь между выявленными нарушениями и наступлением последствий (смертью либо причинением вреда здоровью потерпевшего)?

9. Имеется ли прямая причинно-следственная связь между ненадлежащим оказанием медицинской помощи (нарушениями или недостатками допущенными в ходе оказания медицинской помощи) и осложнениями (перечислить) и/или наступлением неблагоприятного исхода? (смертью либо причинением вреда здоровью потерпевшего)?

10. Правильно и своевременно ли установлен и рубрифицирован клинический диагноз: основного заболевания, осложнений основного заболевания, сопутствующих заболеваний?

11. Соблюдал ли потерпевший рекомендации лечащего врача, если нет, то какие именно? Имеется ли прямая причинно-следственная связь между несоблюдением врачебных рекомендаций и наступлением неблагоприятных последствий (смерти или осложнений – конкретизировать каких именно)?

12. Какова причина возникновения (развития) осложнений и/или неблагоприятного исхода?

13. Какие показания/противопоказания имелись для проведения оперативного вмешательства (назначенного лечения)?

14. Какова причина возникновения сепсиса, и/или осложнений, и/или неблагоприятного исхода?

15. Какие индивидуальные особенности организма (аллергические реакции; перенесенные заболевания и операции; врожденная патология) потерпевшего не были учтены лечащим врачом, но оказали влияние на исход оперативного вмешательства?

16. Какие врожденные особенности организма потерпевшего способствовали реализации операционного риска, развитию осложнений и/или наступлению неблагоприятного исхода?

17. Правильно ли и в полном ли объеме лечащий врач собрал анамнез для подготовки пациента к операции, выборе тактики лечения?

18. Соблюдены ли правила назначения и проведения антибактериальной терапии?

19. В какой момент должны были быть привлечены узкие специалисты (в т.ч. педиатр, фтизиатр и реаниматолог) при ухудшении состояния ребенка?
20. Обосновано ли ребенку назначен препарат «Клафоран», если у него в противопоказаниях указаны: «повышенная чувствительность; дети в возрасте до 2,5 лет»?
21. Какие показания/противопоказания имелись у потерпевшего для назначения препарата «Клафоран»?
22. Какое влияние оказал иммунодефицит, имевшийся у потерпевшего, на возникновение и течение сепсиса?
23. Являлся ли в данном случае септический шок закономерным, прогнозируемым осложнением сепсиса, какие факторы повлияли на его молниеносное течение?
24. Чем обусловлено молниеносное течение сепсиса?
25. Какие клинические признаки сепсиса имелись у потерпевшего на момент: обращения за медицинской помощью; осмотра лечащим врачом; подготовки к операции; проведения операции; послеоперационный период?

(формулировка каждого вопроса)

3. Предоставить в распоряжение экспертов материалы: _____

- 3.1. настоящее постановление;
- 3.2. медицинскую карту амбулаторного больного на имя;
- 3.3. реанимационную карту стационарного больного на имя;
- 3.4. медицинскую карту стационарного больного №369 на имя;
- 3.5. карту вызова скорой медицинской помощи №237 на имя;
- 3.6. историю развития ребенка на имя;
- 3.7. гистологический архив: в виде, в количестве;

(какие именно)

4. Поручить производство комиссионной СМЭ Начальнику КГБУЗ ККБСМЭ г. Красноярска и поручить ему

(кому именно)

разъяснить экспертам права и обязанности, предусмотренные ст.57 УПК РФ, и предупредить их об уголовной ответственности в соответствии со ст.307 УК РФ за дачу заведомо ложного заключения¹.

¹Данная графа заполняется в случаях, предусмотренных частью второй ст.199 УПК РФ

4.1. Разрешаю начальнику БСМЭ привлекать к производству комиссионной СМЭ компетентных специалистов из иных Учреждений, обладающих специальными познаниями, необходимыми для разрешения поставленных вопросов.

Следователь (дознатель)

(подпись)

Права и обязанности, предусмотренные ст.57 УПК РФ, мне разъяснены “ ___ ” _____ 20 ___ г.
Одновременно я предупрежден__ об уголовной ответственности по ст.307 УК РФ за дачу заведомо ложного заключения.

Эксперты:

**ВОПРОСЫ, ПОСТАВЛЕННЫЕ НА РАЗРЕШЕНИЕ
ЭКСПЕРТИЗЫ:**

1. «Насколько правильно и своевременно врачами ГБУЗ РХ выбрана тактика родоразрешения М.А. путем проведения операции «Кесарево сечение»?
2. Если не правильно, то в чем конкретно это проявилось?
3. Соответствовала ли избранная врачами ГБУЗ РХ тактика родоразрешения М.А. на каждом из этапов (ведение родоразрешения естественным путем, проведение операции «Кесарево сечение») утвержденным стандартам и порядку оказания медицинской помощи, каким именно?
4. Если нет, то чем это объясняется и имелись ли реальные возможности для своевременного избрания правильной тактики ведения родоразрешения?
5. Если медицинская помощь оказана не правильно, то каков был бы исход лечения в случае надлежащего оказания медицинской помощи?
6. Правильно ли была проведена операция кесарево сечение?
7. Была ли она направлена на спасение ребенка учитывая тот факт, что согласно проведенного УЗИ от 02.12.2016 и проведенной доплерометрии в ГБУЗ РХ от 02.01.2017 года ребенок находился в тазовом предлежании и с обвитием пуповины вокруг шеи?
8. Каким образом факт обвития пуповины вокруг шеи, установленный до операции «Кесарево сечение», учитывается при ведении родоразрешения оперативным путем и отражается в послеродовой документации?
9. Является ли ошибкой отсутствие в диагнозе Шульберековой М.А. указания на обвитие плода пуповиной вокруг шеи?
10. Если является, то повлияла ли указанная ошибка на порядок и правильность при ведении родоразрешения оперативным путем.
11. Каким нормативным правовым актом регламентируется длительность проведения экстренного родоразрешения посредством проведения операции кесарево сечение?
12. Если после проведенного КТГ от 08.01.2017г в 18.10 часов ребенок страдал внутриутробной гипоксией либо внутриутробной асфиксией, повлияла ли длительность проведения операции М.А. на состояние новорожденного в дальнейшем?
13. Если лечение (помощь при родоразрешении) выполнялось не правильно, то в силу каких причин и к каким последствиям это привело или могло привести?

14. Какова степень причинной связи между неправильным ведением лечения (оказания медпомощи в родоразрешении) и наступившими неблагоприятными последствиями в виде смерти новорожденного?

15. Если у новорожденного в результате неправильной диагностики и лечения как его самого, так и при помощи при родоразрешения М.А, возникли нарушения функций органов и систем, а также другие расстройства здоровья, то в чем конкретно это выразилось?

16. Возможно ли было избежать возникновения этих нарушений при отсутствии недостатков в диагностике и родоразрешении М.А. и лечении самого В.А.

17. Был ли причинен вред здоровью В.А. непосредственными действиями (бездействием) медицинских работников ГБУЗ РХ?

18. Какова степень тяжести причиненного ему вреда здоровью?

19. Состоит ли вред, причиненный действиями (бездействием) медицинских работников в прямой причинно-следственной связи с наступившими неблагоприятными последствиями в виде смерти новорожденного В.А.?

20. Была ли обнаружена какая либо патология у роженицы в период беременности?

21. Какими результатами анализов патология у матери подтверждена?

22. Если патологии у М.А. не было, то была ли реальная возможность обнаружения данной патологии?

23. Как был установлен медицинскими работниками ГБУЗ РХ «отягощенный анамнез (ОРВИ, пневмония, язва ДПК) у М.А. согласно протокола патолого-анатомического вскрытия №19 от 12.01.2017г?

24. Когда именно могло наступить инфицирование плода?

25. Возможно ли было инфицирование плода до поступления М.А. в ГБУЗ РХ 31.12.2016 г., а так же в период прохождения ею лечения на амбулаторном и дневном стационарах в периоды с 16.08.2016г. по 24.08.2016г., с 15.09.2016г. по 23.09.2016г., с 12.12.2016г. по 19.12.2016г.?

26. Возможно ли было инфицирование плода после поступления М.А. в ГБУЗ РХ 31.12.2016 года по 08.01.2017 года?

27. Возможно ли было инфицирование В.А. в ГБУЗ РХ с 08.01.2017 по 11.01.2017 года, в том числе при введении трубок (зонда) в пищевод и в легкие через рот, а также при установлении катетеров в ручки и в пупок В.А.?

28. Правильно и в полном ли объеме произведено описание рентгеновских снимков В.А. от 09.01.2017г. и 11.01.2017г.?

29. Если нет, то опишите, либо дополните описание.

30. Являются ли рентгеновские снимки В.А. от 09.01.2017г. и 11.01.2017г. снимками одного и того же человека?

31. Возможно ли на основании рентгеновских снимков В.А. от 09.01.2017г. и 11.01.2017г. со 100%-ой точностью определить наличие пневмонии у новорожденного либо исключить данный диагноз?

32. Какие из имеющихся результатов клинических исследований (отдельно или в совокупности), имеющихся в истории развития новорожденного В.А. № 1315/3519, свидетельствуют о наличии у В.А. пневмонии или персистирующей гипертензии легких новорожденного?

33. Какие из имеющихся результатов клинических исследований (отдельно или в совокупности), имеющихся в истории развития новорожденного В.А. № 1315/3519, позволяют исключить у В.А. диагноз пневмония или персистирующая гипертензия легких новорожденного?

34. Имелась ли возможность у медицинских работников ГБУЗ РХ в период с 08.01.2017г. по 12.01.2017г. установить точный диагноз В.А., в том числе диагностировать «внутриутробное инфицирование плода: гнойный омфалит (периартериит, перифлебит)», «пневмонию» или «персистирующую гипертензию легких новорожденного»?

35. Имелась ли возможность у медицинских работников ГБУЗ РХ в период с 08.01.2017г. по 12.01.2017г. исследовать плаценту М.А. на предмет ее патологии - очаговый парейтальный гнойный децуит?

36. Допускается ли исследование плаценты рожениц сразу после родов на предмет наличия в ней патологий, в каких случаях и каким документом регламентируется порядок подобного исследования?

37. Правильно ли установлена патология плаценты М.А. (очаговый парейтальный гнойный децуит), указанная в протоколе патолого-анатомического исследования № 19 от 12.01.2017г.?

38. Какие негативные последствия повлекла патология М.А., указанная в протоколе патолого-анатомического исследования № 19 от 12.01.2017г. (пп. В п. 24), для В.А. с диагнозом внутриутробное инфицирование (гнойный омфалит) и пневмония?

39. Патологическое состояние легких В.А., указанное в протоколе патолого-анатомического исследования № 19 от 12.01.2017г., а именно диффузное альвеолярное повреждение, гиалиновые мембраны в легких, ателектаз легких, фибринозное воспаление в легких, наличие колоний бактерий в альвеолах характерно исключительно для новорожденных, перенесших пневмонию легких, либо перечисленные патологические состояния (в отдельности либо в совокупности) могут характеризовать последствия перенесенной персистирующей гипертензии легких новорожденного, либо последствия повреждения легких новорожденного при подключении аппарата искусственной вентиляции легких, либо неправильных объемов (количества) подаваемого кислорода в легкие новорожденного?

40. Что может вызвать внутриутробную гипоксию либо внутриутробную асфиксию плода и возможно ли максимально точно

диагностировать причины их появления клиническими исследованиями беременной?

41. Возможно ли развитие персистирующей гипертензии легких у новорожденного вследствие внутриутробной асфиксии плода, вызванной уплотнением обвития пуповины вокруг шеи либо внутриутробной гипоксии?

42. Если да, то какое время воздействия внутриутробной асфиксии или внутриутробной гипоксии способно вызвать указанную патологию у новорожденного?

43. Возможно ли развитие у новорожденного В.А. персистирующей гипертензии легких при условии внутриутробной гипоксии или внутриутробной асфиксии плода на протяжении 7 часов (с 11.30 часов 08.01.2017 - время проведения КТГ до 19.30. часов - время начала операции кесарево сечение)?

44. Если да, то возможно ли было избежать развития персистирующей гипертензии легких новорожденного В.А. при экстренном родоразрешении, посредством операции кесарева сечения в течение первых 2 часов после получения результатов КТГ М.А. от 11.30 часов 08.01.2017г.?

45. Правильно ли назначено и проведено лечение В.А. в период с 08.01.2017г. по 12.01.2017г., с учетом диагнозов, выставленных в истории развития новорожденного № 1315/3519, в том числе предполагаемых диагнозов (диагнозов под вопросом), а именно: «пневмония» и «персистирующая гипертензия легких»?

46. Если не правильно, то существуют ли 100%-но эффективные медицинские препараты для лечения пневмонии или персистирующей гипертензии легких у новорожденных?

47. Должна ли была назначенная согласно истории развития новорожденного № 1315/3519 антибактериальная терапия, при условии ее проведения в отношении В.А. в период с 09.01.2017г. по 12.01.2017г. (примечание: дозировка указана различная в листах осмотра новорожденного и в листах с порядковыми номерами 15 и 19) предотвратить развитие пневмонии и смерть новорожденного?

48. В достаточном ли объеме (виды и количество препаратов) была проведена антибактериальная терапия в отношении В.А. в период с 09.01.2017г. по 12.01.2017г. для лечения пневмонии?

49. Имелась ли возможность у медицинских работников ГБУЗ РХ использования иных более эффективных медицинских препаратов для лечения пневмонии и (или) персистирующей гипертензии легких?

50. Если не имелась, то почему?

51. В правильном ли количестве (объеме) в период с 08.01.2017г. по 12.01.2017г. новорожденному В.А. проводилась искусственная вентиляция легких?

52. Могло ли неправильное количество (объем) подаваемого кислорода вызвать повреждение легких В.А., если патологией новорожденного являлась персистирующая гипертензия легких или внутриутробное инфицирование плода (гнояный омфалит (периартериит, перифлебит)) и пневмония?

53. Если да, то перечислите возможные повреждения?

54. Являются ли отечность конечностей, снижение артериального давления, ухудшение дыхания (появление хрипов, жесткое дыхание) подъем температуры тела, изменение цвета кожных покровов, увеличение печени последствием развития пневмонии В.А.?

55. Могут ли перечисленные симптомы являться следствием развития персистирующей гипертензии легких новорожденного?

56. Являются ли показатели КТГ за 31 декабря 2016 года с потерей сигнала 6.2%, шевелений плода в час (39), с базальным ритмом в 143 удара в минуту, зарегистрированными акцелераций 10 уд/ мин 15 сек (6), 15 уд/ мин 15 сек (2), децелираций 20 потерянных сигналов(О), высокие эпизоды (мин) 6 (14.8), низкие эпизоды (мин) 9(8.2)уд.мин, SHORT TERM ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ (уд/мин) 7.8 (2.69 уд/мин) соответствующими норме?

57. Являются ли данные показатели показаниями к экстренному родоразрешению путем операции кесарево сечение?

58. Являются ли показатели КТГ за 02 января 2017 года с потерей сигнала 2.8%, шевелений плода в час (75), с базальным ритмом в 147 удара в минуту, зарегистрированными акцелераций 10 уд/ мин 15 сек (10), 15 уд/ мин 15 сек (5), децелираций 20 потерянных сигналов(О), высокие эпизоды (мин) 34 (18.8), низкие эпизоды (мин) 0 уд.мин, SHORT TERM ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ (уд/мин) 9.7 (3.51 уд/мин) соответствующими норме?

59. Являются ли данные показатели показаниями к экстренному родоразрешению путем операции кесарево сечение?

60. Являются ли показатели КТГ за 05 января 2017 года с потерей сигнала 26.1%, шевелений плода в час (79), с базальным ритмом в 132 удара в минуту, зарегистрированными акцелераций 10 уд/ мин 15 сек (18), 15 уд/ мин 15 сек (11), децелираций 20 потерянных сигналов(О), высокие эпизоды (мин) 12 (25.5), низкие эпизоды (мин) 0 уд.мин, SHORT TERM ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ (уд/мин) 15.4 (5.16 уд/мин) соответствующими норме?

61. Являются ли данные показатели показаниями к экстренному родоразрешению путем операции кесарево сечение?

62. Являются ли показатели КТГ за 08 января 2017 года время 11.30 с потерей сигнала 21.5%, шевелений плода в час (99), с базальным ритмом в 146 удара в минуту, зарегистрированными акцелераций 10 уд/ мин 15 сек (1), 15 уд/ мин 15 сек (0), децелираций 20 потерянных сигналов(2), высокие эпизоды (мин) 10 (20.3), низкие эпизоды (мин) 0

уд.мин, SHORT TERM ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ (уд/мин) 13.0 (4.56 уд/мин) соответствующими норме?

63. О чем свидетельствуют данные показатели?

64. Являются ли данные показатели показаниями к экстренному родоразрешению путем операции кесарево сечение?

65. Если да, то не позднее какого времени должна была быть начата операция М.А. по экстренному родоразрешению путем операции кесарево сечение в целях сведения к минимуму неблагоприятных последствий для новорожденного и какими нормативными документами регламентируются действия медицинских работников в таком случае?

66. Являются ли показатели КТГ за 08 января 2017 года время 18.10 с потерей сигнала 23.9%, с базальным ритмом в 141 удара в минуту, зарегистрированными акцелераций 10 уд/ мин 15 сек (2), 15 уд/ мин 15 сек (1), децелираций 20 потерянных сигналов (3), высокие эпизоды (мин) (0), низкие эпизоды (мин) (0) уд.мин, SHORT TERM ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ (уд/мин) 13.0 (4.16 уд/мин) соответствующими норме?

67. О чем свидетельствуют данные показатели, в том числе в динамике в сравнении с показателями КТГ от 11.30 часов 08.01.2017г.?

68. Являются ли данные показатели показаниями к экстренному родоразрешению путем операции кесарево сечение?

69. Являются ли показатели КТГ за 08.01.2017 года время 11.30 безусловными и однозначными основаниями для экстренного родоразрешения путем операции кесарево сечение?

70. Если, то какие именно показатели свидетельствуют о наличии оснований для экстренного родоразрешения путем операции кесарево сечения?

71. Являются ли показатели КТГ за 05.01.2017 года время 14.26 безусловными и однозначными основаниями для экстренного родоразрешения путем операции кесарево сечение?

72. Если, то какие именно показатели свидетельствуют о наличии оснований для экстренного родоразрешения путем операции кесарево сечения?

73. Что означает данные в КТГ (кардиотокографии) за 31 декабря 2016 года, указанные в итоговых данных КТГ в скобках в строке SHORT TERM ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ (уд/мин) 7.8 (2.69 уд/мин)?

74. Какие именно данные должен использовать врач при оценке состояния плода в данном случае: 7.8 или 2.69 ?

75. Что означает данные в КТГ (кардиотокографии) за 02 января 2017 года, указанные в итоговых данных КТГ в скобках в строке SHORT TERM ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ (уд/мин) 9.7 (3.51 уд/мин)?

76. Какие именно данные должен использовать врач при оценке состояния плода в данном случае: 9.7 или 3.51 ?

77. Что означает данные в КТГ (кардиотокографии) за 05 января 2017 года, указанные в итоговых данных КТГ в скобках в строке SHORT TERM ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ (уд/мин) 15.4 (5.16 уд/мин)?

78. Какие именно данные должен использовать врач при оценке состояния плода в данном случае: 15.4 или 5.16 ?

79. Что означает данные в КТГ (кардиотокографии) за 08 января 2017 года время 11.30 указанные в итоговых данных КТГ в скобках в строке SHORT TERM ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ (уд/мин) 13.0 (4.56 уд/мин)?

80. Какие именно данные должен использовать врач при оценке состояния плода в данном случае: 13.0 или 4.56 ?

81. Что означает данные в КТГ (кардиотокографии) за 08 января 2017 года время 18.10 указанные в итоговых данных КТГ в скобках в строке SHORT TERM ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ (уд/мин) 13.0 (4.16 уд/мин)?

82. Какие именно данные должен использовать врач при оценке состояния плода в данном случае: 13.0 или 4.16 ?

83. Что означает текст в КТГ (кардиотокографии) за 31 декабря 2016г: «на 37 неделе у 11% плодов вариабельность ниже», «критерии доуза/ редмана соблюдены к 38 мин», «критерии доуза/ редмана соблюдены к 10 мин», «Анализ не действителен в родах», «Это не диагноз»?

84. Что означает текст в КТГ (кардиотокографии) за 02 января 2017г: «на 37 неделе у 39.2% плодов вариабельность ниже», «критерии доуза/ редмана соблюдены к 40 мин», «критерии доуза/ редмана соблюдены к 10 мин», «Анализ не действителен в родах», «Это не диагноз»?

85. Что означает текст в КТГ (кардиотокографии) за 05 января 2017г время 14:26 и 18.02 «на 37 неделе у 82.4% плодов вариабельность ниже», «критерии доуза/ редмана соблюдены к 48 мин», «критерии доуза/ редмана соблюдены к 24 мин», «Анализ не действителен в родах», «Это не диагноз» и «на 37 неделе у 92.8% плодов вариабельность ниже», «критерии доуза/ редмана соблюдены к 34 мин», «критерии доуза/ редмана соблюдены к 14 мин», «Анализ не действителен в родах», «Это не диагноз»?

86. Что означает текст в КТГ (кардиотокографии) за 08 января 2017г время 11:30 «на 38 неделе у 49.6 % плодов вариабельность ниже», «критерии доуза/ редмана соблюдены к 30 мин», «критерии доуза/ редмана соблюдены к 32 мин», «Анализ не действителен в родах», «Это не диагноз» и 18.10 «критерии доуза/редмана не соблюдены », «Анализ не действителен в родах», «Это не диагноз»?

87. Что означает текст в КТГ (кардиотокографии) за 31 декабря 2016г: «на 37 неделе у 11% плодов вариабельность ниже», «критерии доуза/ редмана соблюдены к 38 мин», «критерии доуза/ редмана

соблюдены к 10 мин», «Анализ не действителен в родах», «Это не диагноз»?

88. Что означает текст в КТГ (кардиотокографии) за 02 января 2017г: «на 37 неделе у 39.2% плодов вариабельность ниже», «критерии доуза/ редмана соблюдены к 40 мин», «критерии доуза/ редмана соблюдены к 10 мин», «Анализ не действителен в родах», «Это не диагноз»?

89. Что означает текст в КТГ (кардиотокографии) за 05 января 2017г время 14:26 и 18.02 «на 37 неделе у 82.4% плодов вариабельность ниже», «критерии доуза/ редмана соблюдены к 48 мин», «критерии доуза/ редмана соблюдены к 24 мин», «Анализ не действителен в родах», «Это не диагноз» и «на 37 неделе у 92.8% плодов вариабельность ниже», «критерии доуза/ редмана соблюдены к 34 мин», «критерии доуза/ редмана соблюдены к 14 мин», «Анализ не действителен в родах», «Это не диагноз»?

90. Что означает текст в КТГ (кардиотокографии) за 08 января 2017г время 11:30 «на 38 неделе у 49.6 % плодов вариабельность ниже», «критерии доуза/ редмана соблюдены к 30 мин», «критерии доуза/ редмана соблюдены к 32 мин», «Анализ не действителен в родах», «Это не диагноз» и 18.10 «критерии доуза/ редмана не соблюдены », «Анализ не действителен в родах», «Это не диагноз»?

91. Является ли сборник клинических рекомендаций протокол по «Оказанию медицинской помощи при одноплодных родах в тазовом предлежании (без осложнений) и в после родовом периоде» согласно которому рутинное применение КТГ всем роженицам не оправдано, особенно в группе родов низкого риска, так как данная методика имеет высокий процент ложноположительных результатов, а следовательно, увеличивает частоту вмешательств, в том числе оперативных родов, - документом, регламентирующим действия врача в условиях состояния роженицы М.А.?

92. Если нет, то какими документами (протоколом) должен был руководствоваться мед.работник, при оказании помощи М.А.

93. Является ли ошибкой, указание в диагнозе М.А. врачами ГБУЗ РХ - ОАА (нарастание внутриутробной гипоксии плода), тазовое предлежание, ожирение 1 ст, НЦД по гипертоническому типу, анемия 2ст., выраженный спаячный процесс» и какими клиническими исследованиями подтверждается данный диагноз?

94. Повлияла ли ошибка каким-либо образом на необходимость экстренного родоразрешения М.А.?

95. Является ли факт нахождения М.А. в ГБУЗ РХ на сроке 19 недель (с 16.08.2016 по 24.08.2016 г) и на сроке 21-22 недели (с15.09.2016г-25.09.2016г), дневной стационар в женской консультации на

сроке 34-35 недель (с 12.12.2016 - по 19.12.2016г) - говорящим об осложненном течении беременности?

96. Является ли данный факт показанием для экстренного родоразрешения путем проведения операции кесарево сечение М.А.?

97. Возможно ли было наступление смерти новорожденного В.А. в результате экстренного родоразрешения путем проведения операции кесарево сечение 31.12.2016г., или в иные последующие дни (до 08.01.2017года)?

98. Были ли проведены медицинскими работниками доплерометрия для изучения состояния кровотока в маточно-плацентарном и фето- плацентарном кровотоках, а также в открытом венозном протоке с целью уточнения внутриутробного состояния плода и решения дальнейшей тактики ведения и срока родоразрешения?

99. Если нет, то обязаны ли были мед. работники ГБУЗ РХ провести доплерометрию для изучения состояния кровотока в маточно-плацентарном и фето-плацентарном кровотоках, а также в открытом венозном протоке с целью уточнения внутриутробного состояния плода и решения дальнейшей тактики ведения и срока родоразрешения, и в какой именно момент?

100. Были какие либо препятствия в медучреждении для проведения доплерметрии для изучения состояния кровотока в маточно-плацентарном и фето-плацентарном кровотоках, а также в открытом венозном протоке?

101. Какими нормативно-правовыми актами регламентировано обязательное проведение доплерометрии для изучения состояния кровотока в маточно-плацентарном и фето-плацентарном кровотоках, а также в открытом венозном протоке с целью уточнения внутриутробного состояния плода и решения дальнейшей тактики ведения и срока родоразрешения?

102. Что означает на листе «Осмотр новорожденного в ОРИТН (ОПН) совместно с» за 08 января 2017г время 20.00 текст - ЧД/ мин 42 в, ЧСС /мин. 1526, Сатурация % 98, 02% 21, С-м «белого пятна (3)?

103. При поставленном диагнозе В.А. от 08.01.2017г время 20.00 «асфиксия новорожденного легкой степени» правильное ли лечение назначено было новорожденному?

104. При диагнозе «асфиксия новорожденного легкой степени» какие обследования должны были проведены врачом ГБУЗ РХ?

105. Что означает на листе « Осмотр новорожденного в ОРИТН (ОПН) совместно с» за 08 января 2017г время 21.30 текст - ЧД/ мин 46 в, ЧСС /мин. 1486, Sat 02 94%?

106. При поставленном диагнозе В.А. от 08.01.2017г время 21.30 «асфиксия новорожденного легкой степени» правильное ли лечение было назначено новорожденному?

107. При диагнозе «асфиксия новорожденного легкой степени» какие обследования должны были проведены врачом ГБУЗ РХ «?

108. Что означает на листе «Осмотр новорожденного в ОРИТН (ОПН) совместно с» за 08 января 2017г время 00.00 текст - ЧД/ мин 38 в, ЧСС /мин.1526, Сатурация % 94, EtCO₂ 33% «белого пятна (3)»?

109. При поставленном диагнозе В.А. от 08.01.2017г время 00.00 «асфиксия новорожденного легкой степени» правильное ли лечение назначено было новорожденному?

110. При диагнозе «асфиксия новорожденного легкой степени» правильно ли были назначены обследования на 6.00 новорожденному В.А.?

111. Что означает на листе «Осмотр новорожденного в ОРИТН (ОПН) совместно с» за 09 января 2017г время 06.00 текст - ЧД/ мин 42, ЧСС /мин. 1586, EtCO₂ 33% ?

112. При поставленном диагнозе В.А. от 08.01.2017г время 06.00 «асфиксия новорожденного легкой степени» правильное ли лечение назначено было новорожденному?

113. Соответствует ли описанное состояние новорожденного указанное на листе «Осмотр новорожденного в ОРИТН (ОПН) совместно с» за 09 января 2017г время 06.00 установленному диагнозу «асфиксия новорожденного легкой степени»?

114. Что означает на листе «Осмотр новорожденного в ОРИТН (ОПН) совместно с» за 09 января 2017г время 09.00 текст - ЧД/ мин 60-62 в, ЧСС /мин. 132, АД 69/45 сред. 53, Сатурация % 93-95, O₂-30%, Макс/ канюль, EtCO₂ 35%, реакция на осмотр, рефлексы, зрачки, пульс, С-м «белого пятна (3), печень+1?

115. При поставленном диагнозе Ш. от 08.01.2017г время 09.00 «Церебральная ишемия, гиперТ.сол РДС2» правильное ли лечение назначено было новорожденному учитывая что ранее был поставлен первоначальный диагноз «асфиксия новорожденного легкой степени»?

116. Могли ли полученные ранее Ш. лекарства повлиять на увеличение печени до +1?

117. Если могли то какие?

118. Что означает на листе «Осмотр новорожденного в ОРИТН (ОПН) совместно с» за 09 января 2017г время 14.00 текст - ЧД/ мин 60-64 в, ЧСС /мин. 1386, АД 90/49 сред. 60, Сатурация % 96, Макс/ канюль, Flow 5л/мин, РЕЕР 5 см H₂O, реакция на осмотр, рефлексы, зрачки, пульс, С-м «белого пятна (3), печень+1?

119. При поставленном диагнозе В.А. от 08.01.2017г время 14.00 часов «Церебральная ишемия, гиперт.сол РДС2» правильное ли лечение назначено было новорожденному учитывая, что ранее был поставлен диагноз «асфиксия новорожденного легкой степени»?

120. Если неправильное лечение было назначено В.А., то какое должно было быть?

121. Что означает на листе «Осмотр новорожденного в ОРИТН (ОПН) совместно с» за 09 января 2017г время 16.00 и 18.00 часов текст - ЧД/ мин 100 в, ЧСС /мин. 1406. Сатурация % 93, ИВЛ (IPPV), Elow- 9, PIP- 18, PEER- 4 см, Tin-(0.35), RATE- 40, FiO2-0,6, EtCO2 -36%?

122. Правильное ли лечение назначено было Ш.?

123. Если неправильное, то какое должно было быть?

124. Что означает на листе «Осмотр новорожденного в ОРИТН (ОПН) совместно с» за 09 января 2017г время 24.00 часов текст - ЧСС /мин. 137, АД 74/36 сред.47, Сатурация % 90-95, ИВЛ (IPPV), Elow- 9,0, PIP- 20, PEER- 4,0 см, Tin -(0.35), RATE- 30, сознание-медседация, реакция на осмотр -медседация, зрачки-8-Д, б/р (размеры в см) 1.5-1.5. пульс-?, инотропная поддержка- ?, диурез-?, МАП- 6.5, O2 %-0.6?

125. Правильный ли диагноз был поставлен врачом 09.01.2017г?

126. Правильное ли лечение назначено было В.А. 09.01.2017г?

127. Если неправильное, то какое должно было быть?

128. Что означает на листе «Осмотр новорожденного в ОРИТН (ОПН) совместно с» за 10 января 2017г время 06.00 часов текст - ЧСС /мин. 136 В, АД 74/35 сред.54, Сатурация % 91-93, O2%-0.7, ИВЛ (IPPV), Elow- 9, PIP- 20-22, PEER- 4.5 см, Tin -(0.35), RATE- 40-50?

129. Правильное ли было назначено лечение Ш.?

130. Если неправильное, то какое должно было быть?

131. По каким проведенным исследованиям и полученным анализам врач установил дополнительный диагноз «Внутриутробную пневмонию»?

132. Если диагноз «врожденная пневмония» является верным за 10.01.2017г время 06.00 часов, то почему данный диагноз не был определен еще 08.01.2017г по 09.01.2017г врачом?

133. Что означает на листе «Осмотр новорожденного в ОРИТН (ОПН) совместно с» за 10 января 2017г время 10.00 часов текст - ЧСС /мин. 136 В, АД 74/35 сред.54, Сатурация % 91-93, O2%-0.7, ИВЛ (IPPV), Elow-9, PIP-20-22, PEER- 4.5 см, Tin-(0.35), RATE- 40-50?

134. Правильное ли было назначено лечение В.А.?

135. Если неправильное, то какое должно было быть?

136. По каким проведенным исследованиям и полученным анализам врач установил дополнительный диагноз «Внутриутробную пневмонию»?

137. Если диагноз «врожденная пневмония» является верным за 10.01.2017г время 06.00 часов, то почему данный диагноз не был определен еще 08.01.2017 по 09.01.2017г врачом?

138. Что означает на листе «Осмотр новорожденного в ОРИТН (ОПН) совместно с» за 10 января 2017г время 14.00 часов текст - ЧСС

/мин. 147, АД 66/37 сред. 46, Сатурация % 80-79, O2%-0.1, ИВЛ (IPPV), Elow- 9, PIP- 25, PEER-5 см, Tin - (0.22), RATE-70, печень + 1.5, С-м «белого пятна (2)?

139. Правильное ли было назначено лечение В.А.?

140. Если неправильное, то какое должно было быть?

141. Что означает на листе «Осмотр новорожденного в ОРИТН (ОПН) совместно с» за 10 января 2017г время 17.00 -22.00 часов текст - ЧД- 78, ЧСС /мин. 180, АД 81/39 сред. 49. Сатурация % 70-71, O2%-99, ИВЛ (IPPV), Elow- 10, PIP- 27, PEER-4 см, Tin - (0.32), RATE-0.45, санация ЭТТ?

142. Правильное ли было назначено лечение В.А.?

143. Если неправильное, то какое должно было быть?

144. Каким нормативно правовым актом регламентируются действия по введению лекарственных препаратов через пуповину новорожденного?

145. Что означает на листе «Осмотр новорожденного в ОРИТН (ОПН) совместно с» за 11 января 2017г время 02.00 часов текст - ЧД- 78, ЧСС /мин. 169, АД 75/47 сред. 56, Сатурация % 88, O2%-99, Elow- 10, PIP- 27, PEER-4 см, Tin - (0.32), RATE-0.45,?

146. Правильное ли было назначено лечение В.А.?

147. Если неправильное, то какое должно было быть?

148. Что означает на листе «Осмотр новорожденного в ОРИТН (ОПН) совместно с» за 11 января 2017г время 06.00 часов текст - ЧД- 78, ЧСС /мин. 144, АД 75/46 сред. 56, Сатурация % 78, O2%-99, Elow- 10, PIP- 27, PEER-4 см, Tin - (0.32), RATE-0.45, EtCO2 -51 %?

149. Правильное ли было назначено лечение новорожденному Ш.?

150. Если неправильное, то какое должно было быть?

151. Что означает на листе «Осмотр новорожденного в ОРИТН (ОПН) совместно с» за 11 января 2017г время 09.30 часов текст - ЧСС /мин. 150, АД 77/49 сред. 59, Сатурация % 93-95, Elow- 10, PIP- 27, PEER-4 см, Tin - (0.32), RATE-78, печень+2%?

152. Правильное ли было назначено лечение новорожденному В.А., учитывая поставленный диагноз РДСН II типа, ДН Шст., персистирующая легочная гипертензия, церебральная ишемия, гипертензион Sil (прим.: почерк неразборчив), внутриутробная пневмония?

153. Если неправильное, то какое должно было быть?

154. Какими результатами анализов подтверждаются вышеперечисленные поставленные диагнозы Ш., и возможно ли было ранее установить диагноз «персистирующая легочная гипертензия»?

155. Что означает на листе «Осмотр новорожденного в ОРИТН (ОПН) совместно с» за 11 января 2017г время 15.30 часов текст - ЧСС /мин. 146, АД 72/47 сред. 55, Сатурация % 95, Elow- 10, PIP- 25, PEER-4 см, Tin - (0.32), RATE-78, печень+2%?

156. Правильное ли было назначено лечение новорожденному учитывая поставленный диагноз за 11 января 2017 года время 9.30 часов?

157. Что означает на листе «Осмотр новорожденного в ОРИТН (ОПН) совместно с» за 11 января 2017г время 17.00 часов текст - ЧСС /мин.148, АД 71/48 сред. 55, Сатурация % 90-94, Elow- 10, PIP- 25, PEER-4 см, Tin - (0.32), RATE-78, печень+2%?

158. Правильное ли было назначено лечение новорожденному, учитывая поставленный диагноз за 11 января 2017 года время 9.30 часов?

159. Что означает на листе «Осмотр новорожденного в ОРИТН (ОПН) совместно с» за 11 января 2017г время 20.00 часов текст - ЧСС /мин. 140, АД 70/45 сред. 54, Сатурация % 90-92, Elow- 10, PIP- 25, PEER-4 см, Tin - (0.32), RATE-78, печень+3,5%?

160. Правильное ли было назначено лечение новорожденному учитывая поставленный диагноз за 11 января 2017 года время 9.30 часов?

161. От чего могла увеличиться печень до +3,5?

162. Что означает на листе «Осмотр новорожденного в ОРИТН (ОПН) совместно с» за 11 января 2017г время 21.45 часов текст - ЧСС /мин.110-108, АД 69/36 сред. 47, Сатурация % 58, Elow- 10, PIP- 35, PEER-4 см, Tin - (0.32), RATE-78, печень 3,+3,5%?

163. Правильное ли было назначено лечение новорожденному учитывая поставленный диагноз «тот же + ВПС» (прим.: почерк не разборчив)?

164. Какие назначенные лекарства могли повлиять на ухудшение его состояния?

165. Что означает на листе «Осмотр новорожденного в ОРИТН (ОПН) совместно с» за 11 января 2017г время 22.30, 23.30 часов текст - АД 68/42 сред. 50/ АД 77/37 сред. 60 , Сатурация % 60-68/ Сатурация % 94, Elow- 10, PIP- 35 -33/ PIP- 33-29, PEER-4 см, Tin - (0.32), RATE-78, печень 3,+3,5%?

166. Правильное ли было назначено лечение новорожденному учитывая поставленный диагноз?

167. Если неправильное то, какое должно было быть?

168. Что означает на листе «Осмотр новорожденного в ОРИТН (ОПН) совместно с» за 11 января 2017г время 24.30-01.00 часов текст - АД 80/31 сред. 61 , Сатурация % 60-68/ Сатурация % 96-94, Elow- 10, PIP- 27 , PEER-4 см, Tin - (0.32), RATE-78, печень 3,5+3,5%?

169. Правильное ли было назначено лечение новорожденному учитывая поставленный диагноз?

170. Если неправильное то, какое должно было быть?

171. Была ли обследована по УЗИ плацента М.А. во время беременности мед.работниками ГБУЗ РХ по толщине локализации, площади, объему материнской поверхности, степени зрелости, наличие

кист, кальцинозов, инфарктов, устанавливался ли плацентарно-плодовый коэффициент?

172. Если плацента М.А. обследовалась, то каков плацентарно-плодовый коэффициент ?

173. Каким нормативно-правовым актом утверждено проведение гистологического исследования плаценты?