

Особенности расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи при родовспоможении

Т.Н.Петрова✉

ФГКОУ ВО «Московская академия Следственного комитета Российской Федерации». 125080, Россия, Москва, ул. Врубеля, д. 12

✉ akskrf@yandex.ru

В статье приведена уголовно-правовая характеристика преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи при родовспоможении, рассмотрены особенности проведения проверок сообщений о преступлениях и расследования указанной группы преступлений. Кроме того, обсуждаются вопросы, связанные с условиями наступления уголовной ответственности медицинских работников родовспомогательных учреждений, использованием в доказывании медицинских документов; анализируются основные составы преступлений, возможных при выявлении дефектов оказания медицинской помощи при родовспоможении. Статья снабжена большим количеством примеров из следственной практики.

Ключевые слова: врачебная ошибка, некачественное оказание медицинской помощи, акушерство и гинекология, родовспоможение.

Для цитирования: Петрова Т.Н. Особенности расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи при родовспоможении. Consilium Medicum. 2017; 19 (6): 9–31. DOI: 10.26442/2075-1753_19.6.9-31

Review and case reports

Features of investigation of crimes related to the low-quality of medical care at obstetrics

T.N.Petrova✉

Moscow Academy of the Investigative committee of the Russian Federation. 125080, Russian Federation, Moscow, ul. Vrubelia, d. 12

✉ akskrf@yandex.ru

Abstract

The article presents a criminal characteristic of crimes related to the low-quality delivery of medical care during obstetrics, the specifics of conducting inspections of reports on crimes and the investigation of this group of crimes are examined. In addition, issues related to the conditions for the incurrance of criminal liability of medical workers in maternity hospitals, the use of medical documents in satisfying, are discussed; the crime components which are possible in detecting defects in the provision of medical care for obstetric care are analyzed. The article is provided with a large quantity of examples from the investigative practice.

Key words: obstetricare, medicalmalpractice, low-quality delivery of medical care, obstetrics.

For citation: Petrova T.N. Features of investigation of crimes related to the low-quality of medical care at obstetrics. Consilium Medicum. 2017; 19 (6): 9–31. DOI: 10.26442/2075-1753_19.6.9-31

Список статей УК РФ, используемых в статье:

- 109 – «Причинение смерти по неосторожности»;
- 118 – «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности»;
- 122 – «Заражение ВИЧ-инфекцией»;
- 123 – «Незаконное проведение искусственного прерывания беременности»;
- 124 – «Неоказание помощи больному»;
- 127.1 – «Торговля людьми»;
- 153 – «Подмена ребенка»;
- 201 – «Злоупотребление полномочиями»;
- 204 – «Коммерческий подкуп»;
- 235 – «Незаконное осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности»;
- 236 – «Нарушение санитарно-эпидемиологических правил»;
- 238 – «Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности»;
- 285 – «Злоупотребление должностными полномочиями» (нецелевое расходование бюджетных средств ст. 285.1);
- 286 – «Превышение должностных полномочий»;
- 290 – «Получение взятки»;
- 292 – «Служебный подлог»;
- 293 – «Халатность».

Введение

В практической деятельности следователям СК РФ неизбежно приходится сталкиваться с обращениями, связанными с некачественным оказанием медицинской помощи, которая приводит к тяжким последствиям, в том числе в ходе родовспоможения. Проведение проверки по данным фактам осложняется особым «психологическим оттенком» такого рода обращений, который связан, прежде всего, с огромной ответственностью, возлагаемой на медицинский персонал родовспомогательного учреждения при содействии в появлении новой человеческой жизни. Хотя роды – это естественный физиологический

процесс, завершающий беременность, главная роль в котором природой отведена самой женщине (роженице), медицинское сопровождение родов является необходимым для предотвращения и минимизации возможных осложнений, частота которых сегодня довольно велика. В столь ответственном процессе от грамотных и своевременных действий медицинского персонала зависит порой не только здоровье матери и ее новорожденного ребенка, но и их жизни. Не сомневаясь в благородстве людей медицинской профессии, тем не менее приходится констатировать наличие определенных неблагоприятных исходов, выразившихся в причинении в процессе родовспоможе-

ния вреда здоровью матери и/или ребенка либо даже наступлении их смерти, которые в той или иной степени могли возникнуть в результате действий (бездействия) персонала родовспомогательного учреждения.

Тактика и методика проведения проверочных мероприятий и расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи при родовспоможении, в общем аналогичны расследованию преступлений, связанных с причинением смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей, однако имеют и некоторые характерные особенности, которые связаны с тесной физиологической взаимосвязью матери и плода, взаимным влиянием их состояний друг на друга, уникальностью каждого родового процесса, четким осознанием медперсоналом беспомощности (не в юридическом аспекте понятия) роженицы и ее новорожденного, а значит повышенной моральной ответственностью за исход своих действий и возможных последствий, в том числе и отдаленных. При совершении медицинским работником, непосредственно задействованным в процессе родовспоможения, определенных действий (бездействия) потенциальный вред может быть причинен и двум лицам одновременно (матери и ребенку), а при многоплодной беременности (два и более плода) и большому числу потерпевших. В связи с этим можно утверждать, что указанные преступления, несмотря на неосторожную форму вины, характеризуются повышенной общественной опасностью.

Руководство СК РФ регулярно обращает внимание следователей на необходимость в ходе проверки сообщений и расследования уголовных дел по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи гражданам в обязательном порядке проверять и давать правовую оценку всем обстоятельствам расследуемого преступления, выявляя в действиях (бездействии) медицинских работников и должностных лиц медицинских учреждений иные преступные деяния, в том числе предусмотренные статьями: 109 (причинение смерти по неосторожности), 124 (неоказание помощи больному), 238 (производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности), 293 (халатность) УК РФ.

Уголовно-правовая характеристика преступлений, возможных при некачественном оказании медицинской помощи в ходе родовспоможения

Актуальность рассмотрения особенностей расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи при родовспоможении, подтверждается не только возрастающим количеством обращений

в правоохранительные органы в связи с дефектами оказания медицинской помощи, но и данными медицинской статистики.

Поскольку единой статистики ятрогенных преступлений в России не существует (хотя на необходимость такого учета указывается регулярно), трудно понять, сколько же медицинских работников привлекается к уголовной ответственности и за совершение каких преступлений, какова динамика их выявления и расследования. Тем не менее экспертные учреждения самостоятельно начали анализировать эти данные по числу проведенных экспертиз по так называемым врачебным делам. В качестве примера приведем статистические данные двух экспертных учреждений, которые проводят комиссионные судебно-медицинские экспертизы (СМЭ) по оценке дефектов оказания медицинской помощи. Сведения, приведенные в таблице, наглядно демонстрируют широкий спектр профилей медицинской помощи, в которых оценивались дефекты ее оказания, а также количество проведенных в 2013 и 2014 гг. экспертиз ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы» и ГБУЗ Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы». Приведенные в таблице количественные показатели подтверждают тот факт, что акушерство, гинекология и неонатология являются «потенциально опасными» связанными с высокими рисками медицинскими специальностями.

Очевидно, что далеко не все составы преступлений, условно именуемых медицинскими, могут сложиться в условиях родовспоможения. К составам преступлений, объективная сторона которых может сложиться при родовспоможении, относятся:

- причинение смерти по неосторожности (ст. 109 УК РФ);
- причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ст. 118 УК РФ – не относится к подследственности следователей СК РФ в соответствии со ст. 151 Уголовно-процессуального кодекса РФ);
- заражение ВИЧ-инфекцией (ст. 122 УК РФ – не относится к подследственности следователей СК РФ);
- неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ – не относится к подследственности следователей СК РФ);
- подмена ребенка (ст. 153 УК РФ – не относится к подследственности следователей СК РФ);
- нарушение санитарно-эпидемиологических правил (ст. 236 УК РФ – не относится к подследственности следователей СК РФ);
- выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности (ст. 238 УК РФ).

Иные условно медицинские составы преступлений в данном случае маловероятны. Такое преступление, как незаконное проведение искусственного прерывания беременности, предусмотренное ст. 123 УК РФ, в данном слу-

Что такое состав преступления?

Состав преступления – это совокупность установленных уголовным законом объективных и субъективных признаков, характеризующих общественно опасное деяние как преступление.

Значение состава преступления – он является единственным основанием уголовной ответственности.

Состав преступления состоит из четырех элементов:

1) объект преступления – то, на что направлено посягательство, ценности (блага) и общественные отношения, охраняемые уголовным законом, которым наносится или может быть причи-

нен вред в результате преступного посягательства;

2) объективная сторона – внешняя сторона преступления, выражающаяся в предусмотренном уголовным законом общественно опасном деянии (действии или бездействии), причиняющем вред объекту преступления. Помимо деяния объективная сторона преступления включает также общественно опасные последствия и причинную связь между деянием и наступившими последствиями. Кроме того, в некоторых случаях к обязательным признакам объективной стороны относятся спо-

соб, средства, орудия, место, время и обстановка совершения преступления;

3) субъективная сторона – внутренняя составляющая преступления, которая выражается в определенном психическом отношении субъекта к совершаемому им деянию и его последствиям. К признакам субъективной стороны относятся: вина в форме умысла или неосторожности, мотив и цель преступления, а также эмоциональное состояние лица в момент совершения преступления;

4) субъект преступления – физическое вменяемое лицо, достигшее возраста уголовной ответственности.

Распределение по профилям медицинской помощи СМЭ, проведенных по уголовным делам и материалам доследственных проверок				
Профиль медицинской помощи	ГБУЗ г. Москвы Бюро СМЭ		ГБУЗ Москов- ской области Бюро СМЭ	
	2013 г.	2014 г.	2013 г.	2014 г.
Акушерско-гинекологический	18	13	1	13
Неонатологический	7	4	1	2
Анестезиолого-реанимационный	5	9	2	2
Педиатрический	8	2	11	5
Хирургический	15	11	10	15
Нейрохирургический	1	7	1	3
Детская хирургия	2	6	-	-
Травматолого-ортопедический	4	4	3	8
Стоматологический	3	1	7	5
Скоропомощной	-	-	0	5
Терапевтический	2	4	3	6
Инфекционные болезни	1	5	-	-
Онкологический	4	5	-	-
Кардиологический (кардиохирургический)	7	6	-	-
Токсикологический	2	1	-	-
Отоларингологический	1	1	-	-
Гематологический	2	3	-	-
Ревматологический	1	1	-	-
Эндокринологический	1	1	-	-
Неврологический	1	1	-	-
Офтальмологический	-	1	-	-
Наркологический	-	1	-	-
Эндоскопический	-	1	-	-
Урологический	-	1	-	-
Пластическая хирургия	-	1	-	-
Мануальная терапия	-	1	-	-
Всего	85	91	38	62

чае рассматриваться не будет, так как проводится оно вне специального медицинского учреждения, а субъектом данного преступления является лицо, не имеющее высшего медицинского образования соответствующего профиля, а само производство аборта не имеет отношения к процессу родовспоможения, направленного на желаемый благополучный исход для матери и плода. По общему правилу правом производства искусственного прерывания беременности наделены врачи-гинекологи, хирурги-гинекологи и акушеры-гинекологи. Соответственно, субъектом незаконного производства аборта могут быть лица, не обладающие данными признаками, в частности: лица, имеющие высшее медицинское образование негинекологического профиля (окулисты, стоматологи, хирурги и т.д.); лица, имеющие незаконченное высшее и среднее медицинское образование гинекологического профиля (медицинские сестры, акушерки и т.д.); лица, не имеющие никакого медицинского образования.

Расследование преступлений, предусмотренных ст. 235 УК РФ (незаконное осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности), которые совершены в родовспомогательных учреждениях, не актуально, так как все родовспомогательные учреждения, как государственные, так и частные, должны иметь лицензию на занятие акушерством («Акушерское дело» или «Аку-

шерство и гинекология», за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий, «Операционное дело»). Незаконной считается лицензируемая деятельность, выполненная при отсутствии лицензии. Деятельность медицинских учреждений подлежит обязательному лицензированию независимо от форм собственности, также как и медицинская деятельность частнопрактикующего медицинского работника. Случаи привлечения к уголовной ответственности по ст. 235 УК РФ связаны в основном, как показывает судебно-следственная практика, с незаконным проведением искусственного прерывания беременности (аборта) специалистом в области гинекологии (т.е. врачом акушером или гинекологом, в отличие от ст. 123 УК РФ, где они не являются субъектами преступления) вне медицинского учреждения или в таковом, однако не имеющем лицензии по операционному делу (лицензии по акушерству и гинекологии здесь недостаточно), так как аборт (кроме медикаментозного, выполняемого на малом сроке беременности) является малым хирургическим вмешательством (иными словами, операцией).

Таким образом, производство абортс дипломированным лицом, занимающимся медицинской практикой без лицензии на избранный вид медицинской деятельности, влечет уголовную ответственность по ст. 235 УК РФ при условии, что в результате «нелицензированного» аборта будет причинен по неосторожности как минимум легкий вред здоровью женщины.

Пример

Врач-гинеколог Т., находясь на своем рабочем месте в частном медицинском центре ООО «Р.», имеющем лицензию по акушерству и гинекологии консервативной, при проведении операции по искусственному прерыванию беременности К. (на сроке 10–12 нед), не выяснив аллергический статус пациентки, ввел ей лекарственный препарат лидокаин, действие которого как химически повреждающего фактора привело к смерти К. Установить патогенетический механизм действия лидокаина (анафилактический шок или токсическое действие) не удалось по объективным причинам. Между введением лидокаина К. и наступлением ее смерти имеется прямая причинно-следственная связь. Действия врача акушера-гинеколога Т. квалифицированы по ч. 2 ст. 235 УК РФ.

Уголовная ответственность наступает в том случае, когда незаконная медицинская деятельность повлекла по неосторожности причинение вреда здоровью (легкого, средней тяжести или тяжкого) или (по ч. 2 ст. 235 УК РФ) смерть человека, в иных случаях состав данного преступления отсутствует.

Иногда возникают вопросы, касающиеся «легальности» родов на дому, поскольку некоторые женщины сознательно выбирают местом рождения ребенка свой дом. Это неоднозначная ситуация, так как в нашей стране не существует законов, запрещающих домашние роды, но акушеров, врачей акушеров-гинекологов, имеющих лицензию на практику по родоразрешению вне стационара, в России пока нет. Лицензия выдается родовспомогательному учреждению на право оказания акушерского пособия в родах, а не конкретному физическому лицу, пусть даже и сотруднику такого учреждения.

Таким образом, оказание услуг по родовспоможению на дому лицом, даже имеющим специальную подготовку по акушерству (диплом о медицинском образовании, сертификат специалиста), необходимые практические навыки или опыт работы в родовспомогательном учреждении или принятие родов вне такого учреждения, является незаконным, и такое лицо подлежит уголовной ответственности по ст. 235 УК РФ.

Вместе с тем медицинские работники, выполняющие должностные функции в учреждениях родовспоможения (должностные лица), могут быть субъектами следующих преступлений: злоупотребление должностными полномочиями (ст. 285 УК РФ); нецелевое расходование бюджетных средств (ст. 285.1 УК РФ); превышение должностных полномочий (ст. 286 УК РФ); получение взятки (ст. 290 УК РФ); служебный подлог (ст. 292 УК РФ); халатность (ст. 293 УК РФ), а в частной (коммерческой) медицинской деятельности: злоупотребление полномочиями (ст. 201 УК РФ), коммерческий подкуп (ст. 204 УК РФ).

Важно помнить, что для правильной квалификации действий работников учреждений родовспоможения, как и всех медицинских работников, необходимо разграничивать их профессиональные и служебные функции при совершении анализируемых преступлений. Для этого необходимо выяснить, в какой роли в исследуемой ситуации выступал медицинский работник как специалист (носитель врачебной специальности – акушер-гинеколог, педиатр-неонатолог, анестезиолог, акушерка) и выполнял мероприятия в соответствии со своей врачебной (профессиональной) специализацией (например, акушер-гинеколог выполнял ручное обследование полости матки – оперативное вмешательство, обязательное при оставлении в матке доли плаценты; анестезиолог проводил интубацию трахеи, установку и удаление катетера из эпидурального пространства, акушерка оказывала ручное пособие в родах и т.д.) или осуществлял должностные (административные) обязанности (как должностное лицо), выполнял организационно-распорядительные или административно-хозяйственные функции (например, заведующий родильным отделением не обеспечил неснижаемого запаса лекарственных препаратов, крови и ее компонентов; не обеспечил присутствия в операционной реанимационной бригады или допустил неисправность детского реанимационного оборудования; не организовал проведение противоэпидемических мероприятий и т.д.).

Необходимо отдельно рассмотреть статус врача-дежуранта, в должностной инструкции которого, как правило, указано «основными функциями дежурного врача лечебно-профилактического учреждения являются организация работы по своевременному и качественному оказанию лечебно-профилактической помощи больным и соблюдению правил внутреннего трудового распорядка лечебно-профилактического учреждения». Иными словами, врач-дежурант помимо своих профессиональных функций (оказание медицинской помощи больным) выполняет функции руководителя дежурной смены, его указания и распоряжения обязательны для выполнения всеми сотрудниками дежурной смены. При оценке его ненадлежащих действий (бездействия) стоит четко разграничивать «сферу» профессиональных и административных полномочий (например, врач-хирург при проведении операции допустил повреждение крупного кровеносного сосуда, что вызывало обильную кровопотерю и угрожающее жизни пациента состояние – небрежность при выполнении профессиональных обязанностей; при поступлении больного с вирусной инфекцией не организовал принятие предписанных экстренных мер по недопущению распространения этой инфекции в стационаре, что повлекло массовое инфицирование стационарных больных – невыполнение надлежащих организационно-распорядительных функций). То же касается деятельности главных врачей и их заместителей (практикующих врачей), заведующих отделениями и их заместителей, главной медсестры, главной акушерки.

Для правильной квалификации действий медицинского работника учреждения родовспоможения, приведших к негативным последствиям, необходимо определиться с субъектом преступления, который в рассматриваемом слу-

чае довольно специфичен. Это не просто медицинский работник, а работник родовспомогательного учреждения – учреждения здравоохранения, служащего для оказания медицинской помощи при беременности и родах. Исходя из этого применительно к родовспоможению медицинские работники – это врачи некоторых специальностей (акушеры-гинекологи, анестезиологи-реаниматологи, неонатологи), фельдшеры (должны уметь принимать роды, выступают в роли акушера), акушерки, медицинские сестры. Право осуществлять профессиональную медицинскую деятельность и профессиональная подготовка специалиста подтверждаются наличием сертификата специалиста, который предусмотрен для медицинских работников, получивших среднее или высшее профессиональное медицинское образование. Окончить медицинское учреждение и получить диплом недостаточно для того, чтобы заниматься профессиональной деятельностью, необходимо пройти обязательную процедуру сертификации. Сертификат специалиста свидетельствует о достижении его обладателем уровня теоретических знаний, практических навыков и умений, достаточных для самостоятельной профессиональной медицинской деятельности. Сертификат действует 5 лет на территории РФ. Согласно Федеральному закону РФ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» с 2016 г. сертификация будет заменена аккредитацией специалистов, которая станет единственным способом подтвердить свое право оказывать медицинскую помощь. Сертификаты специалиста, выданные медицинским и фармацевтическим работникам до 01.01.2016, действуют до истечения указанного в них срока. Аккредитация специалиста – это процедура определения соответствия готовности лица, получившего высшее или среднее медицинское образование, к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности в соответствии с установленными порядками и стандартами медицинской помощи. Указанное подразумевает, что аккредитованный медицинский работник обязан знать и осуществлять свою профессиональную деятельность в соответствии с утвержденными порядками и стандартами медицинской помощи.

Большинство указанных «медицинских» преступлений (ст. 109, 118, ч. 4 ст. 122, 124, 236 УК РФ) относится к неумышленным, они связаны с причинением опасных последствий по неосторожности ввиду ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, в отличие от так называемых «должностных», совершенных с умыслом, сюда же относятся преступления, предусмотренные ст. 153 УК РФ (подмена ребенка), ст. 127.1 УК РФ (торговля людьми) и ст. 238 УК РФ (производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности). Субъективная сторона большинства указанных преступлений характеризуется виной в форме неосторожности (легкомыслия или небрежности). Эти виды имеют сходное социально-психологическое содержание. В обоих случаях речь идет о проявлении лицом при осуществлении какой-либо деятельности невнимательности, несоблюдении возложенных на него обязанностей, нарушении им правил предосторожности. Однако в таких ситуациях у лица имеются как объективные, так и субъективные предпосылки к тому, чтобы при надлежащей осмотрительности и внимательности при выполнении своих обязанностей оно могло осознавать общественную опасность своих действий (бездействия) и предотвратить наступление общественно опасных последствий. Например, отсутствие должного опыта, помешавшего лицу предвидеть последствия, несмотря на наличие обязанности их предвидеть, исключает уголовную ответственность лица за наступившие общественно опасные последствия. Отсутствие возможности предвидеть последствия может быть

Врачебная ошибка

Отдельного освещения требует понятие «врачебная ошибка» («медицинская ошибка»), поскольку именно так в обиходе именуется все случаи неблагоприятных исходов лечения, связанных с действиями медицинского персонала, хотя, на наш взгляд, это неверно. Об определении этого понятия спорят и медики, и юристы, и философы. Большой популярностью пользуется мнение известного патологоанатома И.В.Давыдовского, разделяемое большинством авторов, который под врачебной ошибкой предложил понимать «добровольное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов ее исследования, либо вызванное особенностями течения заболевания определенного больного, либо объясняемое недостатками знаний, опыта врача» (Давыдовский И.В. Врачебные ошибки. Советская медицина. 1941; 3). Главным отличием ошибки от других дефектов врачебной деятельности И.В.Давыдовский считал отсутствие других умышленных преступных действий – небрежности, халатности, невежества.

Современное понятие врачебной ошибки сформулировал Н.В.Эльштейн как «действия (бездействие) врача, имеющие в своей основе несовершенство современной медицинской науки, объективные условия работы, недостаточную квалификацию или неспособность использовать имеющиеся знания» (Эльштейн Н.В. Современный взгляд на врачебные ошибки. Терапевтический архив. 2005; 8; с. 66–92). Избежать ошибок в практической деятельности, к сожалению, не удается никому, в том числе и врачам.

Учитывая многообразие профессиональных и морально-этических особенностей клинической деятельности врачей, крайнюю сложность, а порой ограниченность условий и возможностей при оказании медицинской помощи даже при самом добросовестном отношении врача к своим обязанностям, высоком уровне квалификации, риски возникновения ошибок в диагностике и лечении весьма вероятны [Кучеренко В.З. Безопасность – важнейший критерий качества медицинской помощи. Вестник Ивановской медицинской академии. 2006; 11 (1–2): 7–11]. При этом в конкретной деятельности врача, совершившего врачебную ошибку (ошибку при выполнении своих профессиональных обязанностей, являющуюся следствием добросовестного заблуждения), должны отсутствовать элементы небрежности и недобросовестности, иными словами «халтуры». Врачебные ошибки следует отличать от несчастных случаев в медицинской практике – это неблагоприятные исходы травм, заболеваний, оперативных вмешательств, обусловленных случайным стечением обстоятельств, которые невозможно было предвидеть и предотвратить. Очевидно, что врачебные ошибки, как и несчастные случаи в медицине, не влекут юридической ответственности. Таким образом, использование терминов «недостаток» или «дефект» оказания медицинской помощи представляется наиболее правильным и уместным, поскольку они в себе содержат элемент «противоправности», как то ненадлежащее, попустительское, некачественное выполнение каких-либо действий или же их полное либо частичное невыполнение.

У правоприменителей возникают трудности в понимании сути прямой и косвенной связи между действиями (бездействием) медицинского работника и их последствиями. Если повреждение стало основной причиной смерти, то независимо от того, наступила ли смерть непосредственно от самого причиненного повреждения или через вызванные им патологические процессы (кровопотерю, шок, эмболию, сепсис и т.д.), между травмой и смертью существует прямая причинная связь. О косвенной причинной связи можно говорить в тех случаях, когда какое-то внешнее воздействие, не являясь причиной смерти и не определяя ее «специфику», тем не менее играет роль фактора, способствовавшего наступлению смерти в данных конкретных обстоятельствах.

Таким образом, **условиями наступления уголовной ответственности медицинского работника являются:**

1. Деяние, выполненное с нарушением действующих нормативов оказания медицинской помощи по данному клиническому профилю (стандартов и порядков оказания медицинской помощи, клинических протоколов лечения – национальных клинических рекомендаций), а также обычаев медицинской практики.
2. Наступление неблагоприятных последствий (для пациента – в виде причинения вреда здоровью или смерти, для общества – распространения массовых заболеваний или оказания услуг, не отвечающих требованиям безопасности).
3. Наличие прямой причинно-следственной связи между деянием этого медицинского работника и наступившими негативными последствиями.

обусловлено не только индивидуальными особенностями лица, но и спецификой ситуации или обстановки, в которой последствия наступили.

Объектами таких преступлений являются жизнь и здоровье женщины (беременной, роженицы или родильницы), новорожденного (одного или более при многоплодной беременности), их право на получение качественной медицинской помощи, санитарно-эпидемиологическое благополучие. Есть одна характерная особенность предметов преступного посягательства при родовспоможении – сильная взаимозависимость матери и ребенка как на физиологическом, так и духовном уровне, такая, что оказанная с дефектами медицинская помощь матери в подавляющем большинстве случаев повлечет неблагоприятные последствия для ребенка и наоборот.

Объективная сторона совершения преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи при родовспоможении, может выражаться в форме действия – например, позднее абдоминальное родоразрешение, неверная тактика ведения родов, небрежное выполнение диагностических манипуляций или оперативных вмешательств, невнимательное применение лекарственных средств (передозировка), несоблюдение предписанных регламентов и инструкций (по мониторингованию состояния плода, стерилизации хирургического инстру-

мента) и т.д.; или бездействия – например, отказ в госпитализации в акушерский стационар для родоразрешения, неисполнение медицинской сестрой предписаний врача о введении родостимулирующих препаратов при слабости родовой деятельности, отказ от оказания акушерского пособия в родах ВИЧ-инфицированной роженицы.

Местом совершения данной группы преступлений являются родовспомогательные учреждения или акушерские стационары. К последним относятся перинатальные центры, родильные дома, акушерские (родильные) отделения больниц или медико-санитарных частей. Женская консультация является лечебно-профилактическим учреждением, обеспечивающим амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь. Женская консультация оказывает только амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь, поэтому к акушерскому стационару отнесена быть не может.

Некачественное оказание медицинской помощи применительно к родовспоможению (отличие врачебной ошибки от дефекта оказания медицинской помощи, условия наступления уголовной ответственности)

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

ской Федерации» под качеством медицинской помощи понимается совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Для обозначения недостатков (дефектов) оказания медицинской помощи при родовспоможении автор намеренно не использует понятие «врачебная ошибка», которое длительное время является остро дискуссионным как в среде медицинских работников, так и правоприменителей. О том, что не всякий неблагоприятный исход лечения свидетельствует о врачебной ошибке, упоминается регулярно. Поскольку к единому понятию врачебной ошибки исследователи до настоящего так и не пришли, в данной статье под врачебной ошибкой предлагается понимать заблуждение врача при добросовестном, профессионально грамотном исполнении служебных (профессиональных) обязанностей. Избежать ошибок в практической деятельности, к сожалению, не удастся никому, в том числе и врачевателям. При этом в конкретной деятельности врача, совершившего врачебную ошибку, должны отсутствовать элементы халатности, небрежности и недобросовестности.

Причинами допущения врачебных ошибок условно могут быть названы следующие:

1. Атипичный характер заболевания или внезапное появление какого-то патологического процесса.
2. Комбинированное, особо сложное или неизвестное заболевание.
3. Врожденные аномалии внутренних органов, и/или систем организма.
4. Особо трудные объективные внешние условия при врачебном вмешательстве.
5. Общее несовершенство медицинской науки и практики.

Врачебные ошибки следует отличать от несчастных случаев в медицинской практике – это неблагоприятные исходы травм, заболеваний, оперативных вмешательств, обусловленные случайным стечением обстоятельств, которые невозможно было предвидеть и предотвратить (например, анафилактический шок при введении какого-либо лекарственного препарата). Очевидно, что врачебные ошибки, как и несчастные случаи в медицине, не влекут юридической ответственности. Таким образом, использование терминов «недостаток» или «дефект» оказания медицинской помощи представляется автору наиболее правильным и уместным, поскольку они в себе содержат элемент «противоправности», как то ненадлежащее, попустительское, некачественное выполнение каких-либо действий или же их полное либо частичное невыполнение.

Только такие недостатки (дефекты) оказания медицинской помощи, которые связаны с субъективными причинами (такими как недостаток знаний, непроведение или неполное проведение необходимых обследований при имеющейся возможности, плохо (небрежно) выполненная работа и др.), являются виновными противоправными деяниями (бездействием) врача, причиняющими вред здоровью и/или жизни пациента, что чревато возникновением юридической ответственности. Наказуемо не то, что врач не смог вылечить от болезни, а то, что при лечении он существенным образом отклонился от общепринятых норм, и это негативным образом повлияло на состояние здоровья больного.

Уголовная ответственность медицинского работника может наступать только при установлении прямой (непосредственной) причинно-следственной связи между его действиями и наступившими неблагоприятными последствиями. Косвенная (опосредованная) связь может служить поводом для наступления лишь гражданско-правовой ответственности. Установление непосредственной причинной связи между действиями (бездействием) меди-

цинского персонала и неблагоприятным исходом заболевания является одним из наиболее сложных вопросов. При разрешении этого вопроса необходимо учитывать определенные условия: часть из них носит случайный характер и зависит от индивидуальных особенностей организма больного, которые трудно, а иногда и невозможно предвидеть. Большое значение имеют характер и течение заболевания, учет современных возможностей медицины по его лечению, квалификация медицинского персонала, уровень медицинского обслуживания и т.д. У правоприменителей возникают трудности в понимании сути прямой и косвенной связи между действиями (бездействием) медицинского работника и их последствиями. В нормативных правовых актах не дается определений «прямых» и «косвенных» причинно-следственных связей, в силу этого на практике отсутствует единое мнение по данному вопросу, а разъяснение отличий этих видов связи происходит в основном на примерах из практики. Понять такое различие правоприменителю необходимо, поскольку в заключениях комиссионных экспертиз иногда встречаются неуточненные формулировки «имеется причинно-следственная связь».

Если повреждение стало основной причиной смерти, то независимо от того, наступила ли смерть непосредственно от самого причиненного повреждения или через вызванные им патологические процессы (кровопотерю, шок, эмболию, сепсис и т.д.), между травмой и смертью существует прямая причинная связь. О косвенной причинной связи можно говорить в тех случаях, когда какое-то внешнее воздействие, не являясь причиной смерти и не определяя ее «специфику», тем не менее играет роль фактора, способствовавшего наступлению смерти в данных конкретных обстоятельствах.

Выяснить характер этой связи для правильной юридической оценки случая предстоит правоприменителю с привлечением лиц, обладающих специальными познаниями.

Для лучшего понимания характера зависимости наступивших последствий от вызвавших их причин рассмотрим примеры прямой и косвенной причинно-следственной связи, а также отсутствия связи.

Примеры

Врачом родильного дома акушером-гинекологом Т. при поступлении для родоразрешения А. крупным плодом не проводился необходимый регулярный контроль за характером родовой деятельности. Врач Т. избрала активновыжидательную тактику ведения родов через естественные родовые пути, проигнорировала данные мониторингового контроля (гипертонус матки без фазы расслабления), свидетельствующие о чрезмерно бурной родовой деятельности и вероятном угрожающем разрыве матки. Клинически узкий таз в родах и угрожающий разрыв матки у А., являющиеся абсолютными показаниями для оперативного родоразрешения путем кесарева сечения, при наличии объективных признаков акушером-гинекологом Т. своевременно не диагностированы. Свершившийся механический разрыв матки из-за неправильного ведения родов, причиной которого явилось перерастяжение нижнего маточного сегмента из-за препятствия к продвижению плода по родовым путям вследствие несоответствия размеров головки плода размерам таза роженицы А., своевременно диагностирован не был. После резкого ухудшения состояния А. проведена операция экстренного кесарева сечения с извлечением живого плода (при наличии пульсации пуповины) и последа через полный разрыв стенки матки с последующей экстирпацией матки с левыми придатками. В ходе операции обнаружен разрыв матки слева «по маточному ребру» от влагалищной части до широкой связки. Через 20 мин после рождения зафиксирована смерть новорожденного ребенка А. из-за острой гипоксии вследствие разрыва матки. Неправиль-

ное активно-выжидательное ведение родов при наличии абсолютных показаний к оперативному родоразрешению в виде клинически узкого таза, острой внутриутробной гипоксии плода привело к разрыву матки, острой обильной кровопотере с развитием геморрагического шока тяжелой степени, синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания и находится в прямой причинно-следственной связи со смертью А., а также прямой причинно-следственной связи со смертью новорожденного ребенка А. Действия врача акушера-гинеколога Т. квалифицированы по ч. 3 ст. 109 УК РФ.

В ходе первых срочных родов Н. доношенным плодом в условиях слабости родовой деятельности и неэффективной родостимуляции (окситоцином) возникли относительные показания к абдоминальному родоразрешению путем кесарева сечения: гестоз средней степени, начавшаяся гипоксия плода сначала компенсированная, затем нарастающая (урежение сердцебиения, приглушенные тоны сердца), которая была диагностирована несвоевременно (с запозданием ввиду непроведения постоянного фетального мониторинга состояния плода – кардиотокографии – КТГ). Н. проведена операция экстренного кесарева сечения, извлечен мертвый доношенный плод мужского пола. Смерть плода наступила интранатально непосредственно перед рождением, от внутриутробной гипоксии. У Н. имелся отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, патологическое течение беременности, экстрагенитальная инфекция, от лечения которой в период беременности Н. отказалась, маловодие. Благоприятный исход для новорожденного ребенка Н., вероятно, был возможен при более раннем родоразрешении, данный случай гибели плода надлежит считать условно предотвратимым. Выявленные недостатки оказания медицинской помощи Н. (несвоевременная диагностика нарастающей гипоксии, позднее абдоминальное родоразрешение) не являются причиной смерти новорожденного ребенка Н. и имеют к ней косвенное отношение. В возбуждении уголовного дела по ч. 2 ст. 109 УК РФ было отказано.

У беременной Т. 34 лет имело место неправильное расположение (краевое предлежание) плаценты в матке, что сопровождалось периодическими кровянистыми выделениями из половых путей и явлениями угрожающего выкидыша и угрожающих преждевременных родов. На 36-й неделе беременности произошли преждевременные быстрые роды. При доставлении Т. в родильный дом последняя уже находилась в родах (бурная родовая деятельность), во время которых возникло тяжелое осложнение – эмболия околоплодными водами. Это осложнение явилось одним из основных факторов, повлекших развитие обильного послеродового маточного кровотечения и синдрома диффузного внутрисосудистого свертывания (ДВС) крови (характеризуется образованием множественных тромбов в мелких кровеносных сосудах разных органов и повышенной кровоточивостью тканей.) Таким образом, смерть Т., имевшей патологию беременности в форме краевого предлежания плаценты, наступила от тяжелого осложнения преждевременных родов – эмболии околоплодными водами с последующим развитием обильного маточного кровотечения, ДВС-синдрома и острого малокровия. Медицинская помощь Т. была оказана несвоевременно ввиду позднего доставления в родовспомогательное учреждение, в полном объеме, адекватная состоянию Т. Предотвратить развитие угрожающего жизни Т. состояния не было возможности, причинно-следственная связь между несвоевременно оказанной Т. специализированной медицинской помощью и наступившими последствиями в виде смерти отсутствует. Оснований для привлечения медицинских работников к уголовной ответственности не имеется.

Необходимо обратить внимание на то, что при родо-вспоможении вероятность негативных последствий при некачественном оказании акушерско-гинекологической помощи возрастает как минимум в 2 раза, поскольку вред может быть причинен как матери, так и ребенку (или детям в случае многоплодной беременности). Очевидно, что в данном случае оценка причиненного вреда проводится отдельно по матери и ребенку (детям).

Ниже приведены два практических примера, которые требуют от следователя проведения тщательной доследственной проверки, поскольку процессуальные решения по этим сходным на первый взгляд клиническим случаям совершенно разные. Примеры отражают действия медицинского персонала родильных домов в несколько сходных акушерских ситуациях: у обеих рожениц были диагностированы гестоз (токсикоз III триместра беременности или поздний, который прочно входит в первую тройку причин как материнской, так и перинатальной смертности в России), затяжные роды в условиях слабости родовой деятельности, гипоксия плода. Исходом каждого случая явилось мертворождение плода (интранатальная гибель).

Примеры

С заявлением о бездействии и халатности врачей одного из родильных домов Москвы, приведших к смерти новорожденного ребенка, обратилась Н. В ходе проведения доследственной проверки установлено, что Н. поступила в роддом утром с предвестниками родов, регулярная родовая деятельность развилась к середине ночи. В ходе родов проводилось постоянное фетальное мониторирование состояния плода (КТГ). Со временем родовая деятельность Н. ослабла, медикаментозное стимулирование эффекта не дало. Показаний к оперативному родоразрешению путем проведения операции кесарева сечения не имелось. В потужном периоде родов плод стал испытывать гипоксию, в связи с чем возникла необходимость скорейшего завершения родов, для чего был использован вакуум-экстрактор. Роды завершились мертворождением, произошла внутриутробная гибель плода. Проведенным комиссионным судебно-медицинским исследованием установлено, что смерть плода Н. наступила во время родов (интранатально) от асфиксии на фоне слабости родовой деятельности при патологическом течении беременности, наличии врожденных пороков развития у плода. В рассматриваемом случае даже при своевременном родоразрешении путем кесарева сечения гарантировать благоприятный исход невозможно. Неблагоприятный исход беременности и родов (гибель плода) имеет множество причин, обусловлен сочетанием патологии матери и плода. По данным наблюдения течения беременности у Н. осложнилось рядом патологических состояний (токсикоз, неравномерная прибавка в массе тела, инфекция мочеполовых путей, от лечения которой беременная отказалась, маловодие), кроме того, Н. имела эндокринные нарушения, ее беременность протекала на фоне хронической цитомегаловирусной инфекции. Осложнения беременности и экстрагенитальные заболевания женщины оказывают отрицательное влияние на развитие эмбриона и плода, что имело место в данном случае. Со стороны плода существенное значение имела малая масса его сердца. Прямая причинно-следственная связь между действиями медицинского персонала родильного дома и интранатальной гибелью плода Н. отсутствует. Из протокола заседания Клинико-экспертной комиссии (КЭК) Департамента здравоохранения г. Москвы следует, что признаки острой гипоксии плода определены по данным КТГ в потужном периоде, когда проведение кесарева сечения технически не представлялось возможным, в связи с целью укорочения потужного периода (необходимость скорейшего завершения родов) обоснованно было принято решение о наложении вакуум-экстрактора. Гибель ребенка

произошла непосредственно перед рождением, что подтверждено данными патологоанатомического исследования. Согласно заключению КЭК в разбираемом случае интранатальная гибель плода Н. наступила в конце 2-го периода первых своевременных родов от асфиксии, обусловленной остро возникшей плацентарной недостаточностью в условиях слабости родовой деятельности. Во время родов имелись клинические признаки транзиторной гипоксии плода, однако, учитывая быстрое восстановление сердечной деятельности, отсутствие признаков несоответствия, а также принимая во внимание риск оперативного вмешательства, показаний к оперативному родоразрешению определено не было. Благоприятный исход для новорожденного ребенка Н., вероятно, возможен при более раннем родоразрешении путем операции кесарева сечения.

По результатам рассмотрения сообщения о преступлении по заявлению Н. принято решение об отказе в возбуждении уголовного дела: медицинская помощь Н. оказана надлежащим образом, своевременно и в полном объеме, тактика родоразрешения выбрана верно, оказываемое акушерское пособие в родах адекватно клинической ситуации, интранатальная гибель плода произошла ввиду наличия сочетания патологий матери и плода по причинам, не зависящим от действий медперсонала, причинно-следственная связь между наступлением смерти плода и действиями медперсонала отсутствует.

С заявлением о некачественном оказании медицинской помощи персоналом одного из родильных домов Санкт-Петербурга, приведшем к смерти новорожденного ребенка, обратилась И. В ходе проведения доследственной проверки установлено, что И. в течение нескольких суток находилась в состоянии вялотекущих родов. Причем врачи утром провоцировали схватки с помощью введения лекарственных средств, стимулирующих родовую деятельность, однако далее она не развивалась, а с наступлением ночи сами же гасили начавшиеся схватки, плод в течение нескольких суток находился в состоянии компенсированной гипоксии. Диагноз беременной «гестоз» своевременно врачами поставлен не был, несмотря на то что И. ранее проходила курс лечения в родильном отделении того же роддома. Медперсонал учреждения полностью отрицал свою вину, ссылаясь на то, что у И. был гестоз легкой степени, это привело к таким тяжелым последствиям. В действительности у И. был не легкий гестоз, а гестоз в тяжелой форме и затяжные роды, что является показанием к проведению кесарева сечения с учетом также и гипоксии плода. Несмотря на наличие показаний, возникших в процессе родов, медработники не приняли мер к оперативному родоразрешению путем проведения операции экстренного кесарева сечения. Невверные действия персонала роддома привели к интранатальной гибели плода И., что подтвердило заключение СМЭ. Данный случай гибели плода также был признан условно предотвратимым.

По результатам рассмотрения сообщения о преступлении по заявлению И. принято решение о возбуждении уголовного дела по факту причинения смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (по ч. 2 ст. 109 УК РФ), так как И. был ошибочно поставлен диагноз, что привело к неправильному выбору тактики родоразрешения (при тяжелом гестозе родоразрешать следовало абдоминально) и интранатальной гибели плода. Помимо ошибки в диагнозе не были приняты во внимание и имевшиеся относительные показания к кесареву сечению, такие как гипоксия плода и затяжные роды. Между действиями медперсонала и наступлением смерти плода И. имеется прямая причинно-следственная связь.

Таким образом, условиями наступления уголовной ответственности медицинского работника являются:

1. Деяние, выполненное с нарушением действующих нормативов оказания медицинской помощи по данному клиническому профилю (порядков, стандартов, клинических протоколов оказания медицинской помощи), а также обычаев медицинской практики.
2. Наступление неблагоприятных последствий для пациента (в виде причинения вреда здоровью, как правило, тяжкого – исключения ст. 124 УК РФ средней тяжести вред и ст. 235 УК РФ любого вреда – или смерти).
3. Наличие прямой причинно-следственной связи между деянием этого медицинского работника и наступившими негативными последствиями для жизни и здоровья пациента.

Особенности расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи при родовспоможении

Основным источником информации, необходимой для установления объективной стороны, при расследовании данной категории преступлений является, прежде всего, различная медицинская документация. Это одна из особенностей указанного вида преступлений, обусловленная спецификой события (каждая акушерская ситуация сугубо индивидуальна, несмотря на схожесть «официальных» диагнозов), быстрой сменой обстановки на месте происшествия (в помещении родильного блока или операционной, которые используются регулярно и не могут находиться «в простое» в ожидании проведения осмотра места происшествия) и отсроченностью установления причин наступления негативных последствий (как минимум до получения результатов патологоанатомического вскрытия, выписки из родовспомогательного учреждения, ухудшения состояния здоровья матери или ребенка в послеродовом периоде) и причинно-следственных связей. В учреждениях родовспоможения с этой точки зрения наибольший интерес представляют индивидуальная карта беременной и родильницы (ведется в женской консультации и акушерском стационаре), журнал учета беременных, рожениц и родильниц, история родов, история развития новорожденного.

Далее приведены сроки хранения некоторых видов типовой медицинской документации: медицинские карты амбулаторных больных – 5 лет; медицинские карты стационарных больных – 25 лет; история родов – 25 лет; протоколы решений врачебных комиссий – 10 лет; медицинская карта ребенка – 10 лет; журнал учета беременных, рожениц и родильниц – 50 лет; медицинская карта прерывания беременности – 5 лет; протокол патологоанатомического вскрытия – на срок хранения медицинской карты.

Рекомендуется получить в органах здравоохранения результаты ведомственных проверок, таких как, например, заключение КЭК, протокол заседания клинико-анатомической конференции. В учреждениях родовспоможения врачебная комиссия (КЭК) рассматривает все без исключения случаи материнской и перинатальной гибели.

По делам данной категории проведение СМЭ является неотъемлемой обязательной частью расследования. Это очевидно, поскольку для правоприменителя медицина не является областью профессиональных знаний юристов, и без привлечения специальных познаний в области медицины в целом, акушерства, гинекологии и неонатологии не обойтись. Поскольку родовспоможение – это совместный процесс «взаимодействия» врачей разных специальностей для получения эффективной и всесторонней экспертной оценки качества их работы, необходимо назначение именно комиссионной экспертизы. Вопросы организации и проведения СМЭ дефектов оказания медицинской помощи, а также анализ проблем и пути их реше-

ния очень объемны и требуют отдельного рассмотрения.

Назовем наиболее распространенные в условиях родовспоможения составы преступлений.

Часто действия работников родовспомогательных учреждений, как и медицинских работников вообще, квалифицируют по ст. 109 УК РФ или ст. 118 УК РФ в зависимости от тяжести наступивших последствий. Обязательным условием квалификации по указанным статьям являются выявленные недостатки (дефекты) оказания специализированной медицинской помощи при выполнении своих профессиональных обязанностей – содействия женщине в рождении ребенка, обеспечении новоиспеченной матери и ребенку качественной медицинской помощи в случае необходимости. Понятие качества медицинской помощи в литературе связывают с ее адекватностью, под которой подразумевают своевременное оказание пациенту обоснованной, в достаточном объеме, с соблюдением мер безопасности, оптимальной профессиональной помощи, позволяющей получить наиболее благоприятный результат.

Особенности расследования преступлений, предусмотренных ст. 109, 118 УК РФ, совершенных при оказании медицинской помощи по родовспоможению, целесообразно рассмотреть совместно, так как объективно составы различаются лишь наступившими последствиями в виде смерти (ст. 109 УК РФ) или причинения тяжкого вреда здоровью (ст. 118 УК РФ) вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 указанных статей или ч. 3, если негативные последствия наступили для двух и более лиц). Нами уже отмечалось ранее, что особенностью расследования «медицинских» преступлений при родовспоможении является многообъектность – это здоровье и женщины (беременной, роженицы, родильницы), и ее новорожденного ребенка (или детей при многоплодной беременности). С учетом этого судебно-медицинской и уголовно-правовой оценке при допущении даже одного дефекта оказания медицинской помощи подлежат риски для жизни и здоровья как минимум двоих человек. Возникает закономерный вопрос, касающийся назначения СМЭ по установлению дефектов оказания медицинской помощи: проводить их отдельно по матери и ребенку (плоду) или же выяснять экспертное мнение в рамках одной экспертизы, формулируя вопросы, касающиеся состояния той и другого? По мнению судебно-медицинских экспертов, с точки зрения специальной научно-практической оценки акушерской ситуации, выполненных (или невыполненных) медиками мероприятий, возникших клинических состояний и их последствий, а также установления характера причинно-следственных связей это не имеет принципиального значения, поскольку такая оценка в любом случае проводится отдельно по матери и ребенку, а как оформить результаты проведенного комиссионного анализа (в одно или несколько заключений), может зависеть от организационных особенностей деятельности каждого конкретного экспертного учреждения, сложившейся в регионе практики или практических позиций судебно-следственных органов (каким образом следователю и суду будет «удобней» оценивать такое доказательство, как заключение комиссии экспертов).

Субъективная сторона преступления, предусмотренного ст. 109 УК РФ, характеризуется виной в форме неосторожности. Совершая преступление по легкомыслию, виновный предвидит, что в результате его деяния может наступить смерть потерпевшего, но самонадеянно рассчитывает на ее предотвращение. При совершении преступления по небрежности виновный не предвидит возможности наступления смерти, хотя по обстоятельствам дела должен был и мог предвидеть. Смерть потерпевшего наступает именно в результате неосторожных действий, которые объективно не были направлены на лишение жизни или причинение серьезного вреда здоровью.

Анализ результатов судебно-медицинских экспертиз по «врачебным» делам и материалам доследственных проверок показал, что основными причинами дефектов оказания медицинской помощи, в том числе при родовспоможении, являются нарушения в диагностике (по некоторым данным – 63,3% от общего количества экспертиз), лечении (96,7%), при этом в 60% случаев одновременно выявлены нарушения и в диагностике и в лечении, когда неправильная диагностика (неустановление, позднее установление правильного диагноза либо установление неправильного диагноза) влекла за собой неправильное лечение (в том числе отсутствие показанного лечения). Нарушения в диагностике при родовспоможении, как правило, выражались в неполном обследовании больных (проведение только влагалищного исследования роженицы и непроведение ультразвукового исследования – УЗИ – либо проведение только аускультации сердца плода и непроведение КТГ) или неправильной трактовке результатов полного обследования (на УЗИ не увидели обвития шеи плода пуповиной или на КТГ не обнаружили признаки гипоксии плода, при ручном обследовании не выявили разрыва шейки или тела матки). Нарушения в лечении выражались в неизменении первоначально неверно избранной тактики родоразрешения при наличии к тому показаний; запоздалом проведении экстренного абдоминального родоразрешения; недостаточном объеме проводимого показанного лечения; нарушении при проведении инвазивных вмешательств, в том числе техники интубации, катетеризации (прокол подключичной вены и введение катетера в плевральную полость вместо вены, установка эпидурального катетера в кровеносный сосуд вместо эпидурального пространства, вставление интубационной трубки в пищевод, а не в трахею), оставлении инородных тел в организме больного после инвазивных вмешательств, методологически либо технически неправильном выполнении лечебных вмешательств (например, технические ошибки при выполнении вакуум-экстракции плода, непроведение пробы перед гемотрансфузией), в том числе в передозировке лекарственных средств, введении противопоказанных лекарственных средств, грубых, травматичных манипуляциях, отсутствии в процессе лечения контроля за состоянием пациента, нуждающегося в постоянном динамическом наблюдении, и т.п. Сюда же можно отнести отсутствие или существенные недостатки наблюдения за матерью и новорожденным ребенком в послеродовом (послеоперационном) периоде, неоказание им должного ухода.

Помимо указанных нарушений в диагностике и лечении во избежание развития последующих осложнений состояния пациента необходимо соблюдать правила преемственности в лечении.

Пример

Врач акушер-гинеколог В. провела гинекологическую операцию по искусственному прерыванию беременности пациентке К. В ходе операции В., действуя небрежно, повредила стенку матки, затем информировала К. о необходимости оперативного хирургического вмешательства, при этом не привлекла к участию в проведении операции и последующей диагностики специалиста – хирурга. Это повлекло за собой некачественное шивание ею поврежденной стенки матки, недооценку тяжести состояния больной, запоздалое принятие решения о необходимости повторного оперативного вмешательства при развитии послеоперационных осложнений в виде маточного кровотечения, которое послужило причиной геморрагического шока и смерти К. Между ятрогенным дефектом оказания медицинской помощи К. и наступлением ее смерти имеется прямая причинно-следственная связь. Действия врача акушера-гинеколога В. квалифицированы по ч. 2 ст. 109 УК РФ.

Акушером-гинекологом в указанном примере допущен ятрогенный дефект на стадии лечения при осуществлении оперативного вмешательства – повреждение стенки матки. Врач нарушила правила преемственности – не передала пациента хирургу и произвела операцию сама, чем обусловила развитие ятрогенной патологии, приведшей к смерти пациентки.

Иногда при ненадлежащем оказании медицинской помощи при родовспоможении последствия, наступившие для матери и ребенка, различны, например, вследствие гипоксии ребенку причинен тяжкий вред здоровью, а мать в родах погибает от массивной эмболии околоплодными водами, или наоборот, здоровью женщины причиняется тяжкий вред ввиду экстирпации матки для остановки маточного кровотечения, а ребенок погибает от гипоксии вследствие отслойки плаценты. Необходимо помнить, что причинение по неосторожности смерти одному потерпевшему и тяжкого вреда здоровью другому должно квалифицироваться при наличии к тому оснований по совокупности преступлений, предусмотренных ч. 2 или 3 ст. 109 и ч. 2 или 3 ст. 118 УК РФ.

Как показывает судебно-следственная практика, наиболее часто ошибки в квалификации возникают при неправильном разграничении халатности с тяжкими последствиями (ч. 2 ст. 293 УК РФ) и причинения смерти (ч. 2 ст. 109 УК РФ) или тяжкого вреда здоровью (ч. 2 ст. 118 УК РФ) по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей.

Приведем наглядные примеры правильной и ошибочной квалификации действий врачей родовспомогательно-у учреждения.

Примеры

В середине апреля 2015 г. в г. К. врач анестезиолог-реаниматолог М., исполняя обязанности заведующего отделением новорожденных родильного дома центральной городской больницы, приняла в свое отделение новорожденного в тяжелом состоянии. Врач (анестезиолог-реаниматолог) провела реанимационные мероприятия, однако оказала медицинскую помощь ненадлежащим образом, а именно неправильно произвела интубацию, вставив интубационную трубку не в трахею, а в пищевод новорожденного, что привело к раздутию желудка и кишечника с последующим смещением и сдавливанием органов грудной и брюшной полостей. В результате непрофессиональных действий обвиняемой наступила смерть новорожденного от механической асфиксии. В отношении врача анестезиолога-реаниматолога М. родильного дома возбуждено уголовное дело по ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей).

В акушерском отделении центральной районной больницы г. Т. у 41-летней роженицы П. после отхождения околоплодных вод начались самостоятельные роды, в первом периоде которых произошел гистопатический разрыв матки 3-й степени (вызванный патологическими изменениями стенки матки). После рождения живого доношенного ребенка и отхождения послуда врачом акушером-гинекологом З. с помощью зеркала были осмотрены родовые пути П. для исключения их разрыва, разрыв диагностирован не был. Во время послеродового наблюдения в родзале состояние родильницы П. резко ухудшилось. Акушер-гинеколог З. провела ручной контроль полости матки П. с диагностической целью, вновь не обнаружив разрыва. В результате возникшего маточного внутрибрюшинного кровотечения развилась угрожающая жизни П. ситуация, реанимационные мероприятия оказались неэффективными, наступила смерть П. Основным дефектом оказания медицинской помощи П. явился неквалифицированный осмотр родовых

путей в раннем послеродовом периоде, при котором своевременно не был диагностирован разрыв шейки матки 3-й степени, не проведен ручной контроль полости матки (для выявления разрыва тела матки). Действия акушера-гинеколога З. квалифицированы по ч. 2 ст. 293 УК РФ.

В первом примере действия врача анестезиолога-реаниматолога квалифицированы правильно, так как врач небрежно, ненадлежащим образом провела интубацию – медицинскую манипуляцию, техникой выполнения которой должен владеть каждый профессиональный реаниматолог. Здесь налицо ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей, несмотря на должностное положение – исполняющего обязанности заведующего отделением новорожденных. Во втором примере действия врача акушера-гинеколога квалифицированы неверно, так как в данном случае врач выполняла свои непосредственные профессиональные обязанности по ведению родов, а должностным лицом при этом не являлась.

Заражение ВИЧ-инфекцией возможно в подавляющем большинстве медицинских учреждений (действия медицинских работников, допустивших заражение ВИЧ, квалифицируются по ч. 4 ст. 122 УК РФ – вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, где медицинский работник является специальным субъектом – лицом, обязанным в силу профессии или занимаемой должности соблюдать определенные профессиональные стандарты безопасности), так как основной механизм передачи ВИЧ-инфекции – гемоперкутаный (кровоконтактный). Учреждения родовспоможения не являются исключением, более того, их можно отнести к учреждениям с потенциальной высокой опасностью заражения, поскольку здесь возможны и естественный и искусственный пути передачи инфекции. К естественному пути относится вертикальный – от матери к плоду (ребенку), реализуемый трансплацентарно (через плаценту, т.е. внутриутробно), интранатально (в процессе родов при прохождении ребенка через естественные родовые пути) и постнатально (в процессе грудного вскармливания), с другой стороны, существует и угроза инфицирования здоровой матери при грудном вскармливании от зараженного в лечебном учреждении ВИЧ-инфекцией ребенка. Искусственный путь передачи ВИЧ-инфекции – парентеральный – реализуется при проникновении вируса через поврежденную кожу, слизистые оболочки при лечебно-диагностических манипуляциях (трансфузии крови и ее препаратов, трансплантации органов и тканей, инъекции, операции, эндоскопических процедурах и т.п.), искусственном оплодотворении, внутривенном введении наркотических веществ, выполнении различного рода татуировок и обрядовых манипуляциях. При родах происходит прямой контакт с организменными жидкостями, содержащими вирус, – это кровь и ее компоненты, лимфа, влагалищные выделения, амниотическая жидкость, грудное молоко и любые жидкости с примесью крови. Особенно высока вероятность контакта с инфицированными биологическими жидкостями в отделениях наблюдения (акушерском наблюдательном отделении) или акушерских стационарах инфекционных больниц, куда направляются ВИЧ-инфицированные роженицы. В этих учреждениях разработан алгоритм ведения пациента с положительным лабораторным результатом на ВИЧ. Медицинский персонал должен соблюдать предельную осторожность и неукоснительно выполнять требования противоэпидемического режима, так как самой распространенной причиной инфицирования ВИЧ в медицинских учреждениях, не связанных с гемотрансфузией, остается банальная небрежность – пренебрежение правилами дезинфекции, стерилизации и асептики (предупреждение инфицирования).

Наличие ВИЧ-инфекции не является противопоказанием для беременности и родов. Заражение детей ВИЧ-инфекцией до 98% случаев происходит при перинатальном контакте с ВИЧ-инфицированной матерью и сохранении грудного вскармливания. Вероятность передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку без проведения профилактических мероприятий составляет до 40%. Внутриутробное инфицирование происходит в 15–25% случаев, инфицирование ребенка в родах – 60–85% и при вскармливании молоком ВИЧ-инфицированной женщины – 12–20%. Достижения современной медицины позволяют значительно снизить риск передачи ВИЧ от матери ребенку, и рождение здорового ребенка вполне реально. С применением современных методов профилактики и ведения беременности риск заражения снижается до 1–2%. ВИЧ-инфекция признана одним из показаний для оперативного родоразрешения – кесарева сечения. Оперативное вмешательство при родах позволяет оградить ребенка от воздействия и передачи ВИЧ-инфекции во время прохождения через родовые пути (передача ВИЧ от матери ребенку при родоразрешении через естественные родовые пути составляет 6,6%, при кесаревом сечении – менее 1%). ВИЧ-инфицированные роженицы не контактируют с остальными пациентками. В группе риска, скорее, персонал роддома, а не пациентки. Заражение пациентов ВИЧ возможно (и, как показывает практика, в действительности происходит) при переливании компонентов инфицированной крови или (в редких случаях) использовании нестерильного инструмента. При гемотрансфузии (переливании) компонентов крови (плазмы, эритроцитарной или тромбоцитарной массы) всегда имеется риск инфицирования ВИЧ, который связан с фактической невозможностью обеспечить полную безопасность переливаемой крови. В России донорская кровь проходит скрининг на антитела к ВИЧ с 1987 г. Взятую у донора цельную кровь разделяют на компоненты: эритроцитарную массу, тромбоциты и плазму. Но эритроцитарная масса и тромбоциты не могут храниться долго и должны быть перелиты вскоре после кроводачи. А вот плазму крови (при наличии инфекций именно она содержит основное количество вирусов!) можно сохранять, и это ее свойство используется для дополнительной профилактики инфекций. С целью дополнительной вирусной безопасности компонентов крови был введен **метод карантинизации** (в соответствии с приказом Минздрава России от 07.05.2003 №193 «О внедрении в практику работы службы крови в Российской Федерации метода карантинизации свежезамороженной плазмы»), который заключается в хранении плазмы или специально подготовленных для этой процедуры эритроцитов при низких температурах с запретом их использования на протяжении 6 мес до повторного исследования крови донора на отсутствие инфекций (ВИЧ, вирусные гепатиты В, С). Тем не менее компоненты крови, применяемые для переливания в клиниках, а также используемые для производства препаратов, сохраняют опасность заражения больных вирусами инфекционных заболеваний. Это связано с тем, что скрытый период вирусносительства невозможно определить даже современными методами исследования крови доноров. Существует период «серонегативного окна», когда человек уже заражен ВИЧ и может заразить других, но при исследовании крови антитела к ВИЧ не обнаруживаются (инфицированным организмом еще не вырабатываются), этот период обычно составляет 3 мес.

Для работы с ВИЧ-инфицированными пациентками применяются в основном одноразовый инструментарий и предметы ухода (зеркало гинекологическое, мочевые катетеры, одноразовые комплекты на роды). Медперсоналом используются индивидуальные средства защиты (очки, защитные экраны, перчатки, кольчужные перчатки, фартуки). Если на роды поступает необследованная женщина

(когда врачи не знают о наличии у нее какой-либо инфекции, так как анализы либо не делались, либо отсутствуют их результаты), ее для родоразрешения направляют в обсервацию.

Пример

В 2005 г. в г. В. был зафиксирован случай заражения ВИЧ-инфекцией в результате переливания крови, полученной от донора: 21-летней женщине в железнодорожном роддоме при оперативном родоразрешении перелили плазму, полученную из крови 40-летнего донора, заразив роженицу ВИЧ. Препараты донорской крови, в которых содержался опасный вирус, поступили из областного центра переливания крови, причем кровь от ВИЧ-инфицированного донора была перелита еще 7 реципиентам (у которых ВИЧ при последующем длительном наблюдении не выявили, как и у новорожденного ребенка). В отношении бывшего исполняющего обязанности заместителя главного врача областной станции переливания крови Г. было возбуждено уголовное дело по ч. 2 ст. 293 УК РФ (халатность, повлекшая по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью).

В указанном примере медицинские работники роддома, которые непосредственно перелили роженице инфицированную плазму (фактически заразили ее ВИЧ), не могли знать о том, что плазма, поступившая со станции переливания крови (где и должна была пройти скрининг на ВИЧ) и предназначенная для гемотрансфузии, небезопасна. В их обязанности не входит инфекционный контроль компонентов крови, они отвечают лишь за совместимость переливаемых компонентов с факторами крови реципиента и правильность проведения самой процедуры трансфузии (техники переливания). Ответственность за инфекционную безопасность плазмы несут должностные лица станции переливания крови, так как запрещается переливать компоненты крови до их полного лабораторного обследования на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С. Данный случай также может служить примером действий медицинских работников в условиях обоснованного риска, предусмотренного ст. 41 УК РФ, необходимым условием которого является неотложный характер медицинской помощи, наличие тяжелой клинической ситуации и иные обстоятельства, связанные с состоянием пациента, которые свидетельствуют о наличии реальной угрозы его жизни или здоровью. Профессиональный медицинский риск характеризуется тем, что действия медицинского работника направлены на достижение общественно полезной цели – предотвращение смерти больного, продление его жизни, улучшение состояния пациента и другое, – когда она не может быть достигнута иными, не связанными с риском действиями. В указанном клиническом случае роженице была показана экстренная гемотрансфузия в связи с большой кровопотерей и объективно существующим высоким риском наступления смерти.

Нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание или отравление людей, предусмотренное ст. 236 УК РФ, может иметь место в родовспомогательном учреждении как в любом медицинском стационаре. Обеспечить высокое качество медицинской помощи невозможно в случае возникновения внутрибольничных инфекций (ВБИ) и неблагоприятной больничной среды. Это особая специфическая категория болезней человека, связанных с получением больным того или иного вида медицинского пособия и в большинстве случаев являющихся результатом пребывания пациента в стационаре. Полностью искоренить ВБИ невозможно, можно лишь поддерживать их уровень эпидемически безопасным, совершенствуя существующие и открывая новые методы борьбы с ними. Национальная

концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, утвержденная Главным санитарным врачом РФ в 2011 г., вводит более широкое понятие «инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи» (ИСМП) вместо термина «внутрибольничная инфекция». Изменилось и понимание существа этого термина: под ИСМП предполагается любое клинически выраженное инфекционное (паразитарное) заболевание, развившееся у пациента в результате оказания медицинской помощи в стационаре, амбулаторно-поликлинических условиях или на дому, а также у персонала лечебно-профилактического учреждения в силу осуществления профессиональной деятельности. В настоящее время понятие ИСМП используется как в научной литературе, так и в публикациях Всемирной организации здравоохранения и нормативных документах большинства стран мира.

В родовспомогательных учреждениях самая большая вероятность заражения ИСМП, так как роженицы и новорожденные являются наиболее уязвимыми категориями: иммунитет женщины во время беременности и родов ослаблен, а естественная система защиты самого ребенка еще пока не сформировалась. Главной причиной появления инфекций являются внутригоспитальные штаммы-мутанты большого числа микроорганизмов с множественной лекарственной устойчивостью, обладающих селективными преимуществами, высокой устойчивостью к неблагоприятным факторам окружающей среды (ультрафиолетовое облучение, высушивание, действие дезинфицирующих препаратов, антибиотиков). Они сформировались у таких вирусов и микроорганизмов, как золотистый и эпидермальный стафилококки, стрептококки, синегнойная палочка, протей, клебсиеллы, энтеробактер, ряд сероваров сальмонелл, эшерихии, протей и др. Однажды поселившись в стенах роддома в безопасной для человека концентрации, они адаптировались, слабые бактерии умирали, а сильные продолжали выживать. В настоящее время некоторые микроорганизмы устойчивы не только к санобработке, но и к антибиотикам. Данные статистики говорят о том, что, например, стафилококк, заражение которым произошло вне больничных стен, вылечивается гораздо легче, чем больничный. Тем не менее все медицинские учреждения в мире прилагают максимальные усилия, которые прописаны законом, чтобы обеспечить безопасные условия мамы и младенца. Источником заражения, безусловно, могут стать медицинский персонал и инструменты, но почти в 50% случаев переносчиками инфекции оказываются сами роженицы. У родильниц основной клинической формой ИСМП являются эндометриты (воспаление слизистой оболочки матки) и нагноения послеоперационных швов, у новорожденных – пневмонии, конъюнктивиты, неонатальный менингит, сальмонеллез, ротавирусная, аденовирусная, герпетическая инфекции, гнойничковые заболевания кожи, пупочной ранки (омфалит) и др. Вспышки ИСМП возникают в неонатальных отделениях, где дети пребывают длительно. Чем дольше ребенок находится в стационаре, тем выше вероятность ВБИ. Соотношение частоты тяжелых, клинически выраженных и легких форм зависит от пути проникновения и массивности инфекционного агента, а также от иммунного статуса новорожденного и его состояния при рождении. Самые тяжелые варианты ВБИ наблюдаются в отделениях реанимации, у новорожденных и недоношенных, нуждающихся в искусственной вентиляции легких, парентеральном питании, катетеризации центральных вен. При контактно-бытовом пути распространения возникают преимущественно малые формы инфекции, параллельно прослеживаются варианты заболеваний, связанные с инфицированием желудочно-кишечного тракта. Это обычно пищевой путь заражения, обусловленный инфицированием соков, лекарств при раздаче, молочных смесей и питьевых растворов.

ВБИ, преимущественно кишечные или респираторно-вирусные, связанные с циркуляцией или заносом условно-патогенного возбудителя (микроба или вируса), редко диагностируются в родильном доме, чаще – после выписки. Хотя инфицирование в роддомах происходит довольно часто, после выписки из данного учреждения родители расценивают свой случай заболевания как единичный, поэтому затруднительно судить о массовости таких заболеваний, несмотря на то что источник инфекции очевиден. Этим объясняются трудности с выявлением такого рода преступлений, относящихся к категории высоколатентных. После выписки из роддома при появлении у матери или ребенка симптомов инфекционного заболевания им настоятельно рекомендуют госпитализацию в инфекционное отделение, однако госпитализация – дело добровольное, и мать может отказаться от нее. Участковые врачи (педиатр – в случае заболевания ребенка) или иные специалисты, выявившие факт инфекционного заболевания, сообщают об этом главному врачу медицинского учреждения, который, в свою очередь, информирует территориальный орган Минздрава и Роспотребнадзора. Также направляется экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку – составляется медработником, выявившим при любых обстоятельствах инфекционное заболевание, пищевое отравление, острое профессиональное отравление или подозревающим их, а также при изменении диагноза. Посылается в санэпидстанцию по месту выявления больного не позднее 12 ч с момента обнаружения больного (форма 058/у согласно приказу Минздрава СССР от 04.10.1980 №1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения», действующему и в настоящее время). При выявлении вспышки инфекционного заболевания в медицинском учреждении, в том числе родовспомогательном, оно немедленно закрывается на карантин, о чем также информируется Минздрав и Роспотребнадзор. Однако после проведения своих ведомственных проверок и принятия мер по недопущению распространения инфекционного заболевания Минздрав и Роспотребнадзор привлекают виновных к административной ответственности и не сообщают в правоохранительные органы о выявленных случаях массового заражения инфекционным заболеванием, так как предпочитают «не выносить сор из избы». Таким образом, источником первоначальной информации о вспышке инфекционного заболевания в родовспомогательном учреждении может быть лишь частное обращение в правоохранительные органы родителей или иных родственников пострадавших либо сообщение суда в случае выявления при рассмотрении гражданского дела признаков преступления (в соответствии с ч. 3 ст. 226 Гражданского процессуального кодекса РФ).

Роспотребнадзор – Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Создана Указом президента РФ «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти» от 09.03.2004 №314. Роспотребнадзор следует в своей деятельности постановлению правительства РФ «Вопросы Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека» от 06.04.2004 №154 и Положению, утвержденному Постановлением Правительства РФ от 30.06.2004 №322 «Роспотребнадзор: его функции, полномочия, права и обязанности». В ведение Роспотребнадзора перешла часть функций министерств по антимонопольной политике, здравоохранения и экономического развития и торговли. Эта служба стоит на страже эпидемиологической ситуации и защищает права потребителей. Роспотребнадзор, в том числе, осуществляет санитарно-эпидемиологический надзор за лечебно-профилактическими учреждениями, следит за проведением

ем полного спектра санитарно-противоэпидемических мероприятий, которые направлены на профилактику инфекционных и паразитарных заболеваний. Роспотребнадзор имеет территориальные управления, которые должны проводить обязательные санитарно-эпидемиологические проверки.

Риск внутрибольничного инфицирования связан с нарушением санитарно-эпидемиологического режима. Ответственность за организацию и проведение комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике и борьбе с ВБИ возлагается на главного врача перинатального центра, родильного дома (отделения). В родовспомогательном учреждении приказом по учреждению создается комиссия по профилактике ВБИ во главе с главным врачом или его заместителем по лечебной работе, координирующая организацию и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий в стационаре. В структуре акушерского стационара предусматривается должность врача-эпидемиолога (заместителя главного врача по санитарно-эпидемиологическим вопросам), который является заместителем председателя комиссии по профилактике ВБИ. В профилактике ИСМП в стационарах младшему и среднему персоналу отводится главенствующая роль – роль организатора, ответственного исполнителя, а также контрольная функция. Ежедневное, тщательное и неукоснительное соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в ходе исполнения своих профессиональных обязанностей и составляет основу профилактики ИСМП. Следует особо подчеркнуть обязанности старшей сестры отделения. Отсюда следует, что субъект преступления – специальный – лицо, обязанное соблюдать правила, установленные для борьбы с распространением массовых заболеваний или отравлением людей. Применительно к родовспомогательному учреждению – это старшая медсестра отделения (отвечает за соблюдение правил асептики и антисептики в процедурном, перевязочном кабинетах; ежедневный осмотр персонала на наличие гнойничковых заболеваний; контроль за своевременной изоляцией инфекционных больных с проведением противоэпидемических мероприятий в очаге; противоэпидемические мероприятия на период вспышки острой респираторной вирусной инфекции и гриппа; контроль качества проводимых младшим персоналом текущих и генеральных уборок, а также текущей и заключительной дезинфекции), врач-эпидемиолог (организует контроль за выявлением и регистрацией ВБИ; обрабатывает информацию из всех функциональных подразделений стационара о случаях инфекционных заболеваний, нарушениях санитарно-эпидемического режима, результатах санитарно-бактериологических исследований, необычных реакций на введение иммунобиологических препаратов; расследует причины их возникновения и информирует руководство для принятия неотложных мер; разрабатывает и осуществляет комплекс противоэпидемических мероприятий при возникновении случаев инфекционных заболеваний, профилактические мероприятия в стационаре; обеспечивает противоэпидемический и санитарно-гигиенический режимы во всех подразделениях), главный врач (отвечает за общее санитарно-эпидемиологическое состояние учреждения).

Примеры

В мае 2012 г. выявлено несколько случаев (не менее пяти) инфицирования новорожденных пиодермией в роддоме №3 г. К. Пиодермия, в народе «пузырчатка», – инфекционное заболевание кожи. Возбудители: стафилококки, стрептококки, кишечная палочка и др. Причиной может стать как внутриутробное инфицирование, так и несоблюдение чистоты в роддоме.

В июле-августе 2012 г. в роддоме №7 г. Н. имела место вспышка гнойно-септической инфекции, вызванной золотистым стафилококком, выявлены семь случаев заражения новорожденных, у которых наблюдались гнойные высыпания на коже и повышение температуры тела, состояние детей оценивалось как среднетяжелое. Проверка городского управления здравоохранения и Роспотребнадзора выявила в учреждении организационные нарушения, в частности «недостаточный контроль за соблюдением санитарных правил со стороны администрации». Из-за этого главврача роддома освободили от занимаемой должности.

В январе 2004 г. в роддоме г. К. Свердловской области в течение 3 нед родились 13 младенцев, все они заболели, а 6 из них умерли. Все дети были заражены в роддоме ВБИ штамма *Klebsiella pneumoniae*. Погибшие дети родились недоношенными и нуждались в экстренной реанимации. Первый ребенок умер 28 декабря 2003 г., второй – 3 января 2004 г. Поскольку случилось это в новогодние праздники, вскрытия не было. Медики посчитали, что малыши умерли по причине слабого здоровья. И только после четвертой смерти, 9 января, в роддоме забили тревогу. Родильный дом и реанимация были закрыты на карантин. Если бы сразу установили причину смерти первого младенца и приняли соответствующие меры, гибели остальных можно было бы избежать. На устранение инфекции было необходимо всего 24 ч. Распространение ВБИ произошло из-за некачественно обработанных мединструментов, аппаратуры, предметов ухода за детьми, рук персонала. Расследование уголовного дела длилось один год. К уголовной ответственности были привлечены четверо сотрудников роддома: бывший главный врач, которому предъявлено обвинение по ст. 236 УК РФ (нарушение санитарно-эпидемиологических правил) и ст. 293 УК РФ (халатность), две сотрудницы отделения новорожденных (заведующая и врач-неонатолог) и старшая медсестра. Им предъявлено обвинение по ст. 236 УК РФ. Всего потерпевшими по делу признаны двенадцать человек – родители пятерых погибших (экспертиза показала, что в организме шестого малыша не было инфекции) и семерых инфицированных детей, которые остались живы. Согласно приговору суда бывший главный врач роддома осужден на 2 года лишения свободы с отбыванием в колонии-поселении, заведующая отделением новорожденных – на 3 года лишения свободы условно, остальные сотрудники на сроки от 1,5 до 2 лет лишения свободы условно.

Неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ) применительно к родовспоможению имеет свои особенности. Исходя из буквы закона потерпевшим в данном случае считается больной, однако состояние беременности (хоть и констатируется как диагноз) само по себе болезнью не является, это естественное состояние женщины фертильного (детородного) возраста. Другое дело, что такое состояние требует повышенного «медицинского» внимания и потенциально опасно различными осложнениями, так что беременная женщина может оказаться в ситуации, требующей срочного медицинского вмешательства.

В основе совершения такого преступления лежит грубое нарушение медицинским работником профессионального долга, в результате чего наступают негативные последствия для жизни и здоровья человека, нуждающегося в срочной, безотлагательной либо специальной медицинской помощи. Объективная сторона характеризуется бездействием со стороны лица, обязанного оказывать медицинскую помощь больному в соответствии с законом или специальным правилом, без уважительных причин, сознательным уклонением медицинского или фармацевтического работника от выполнения своих обязанностей, со-

крытием своей профессии. Это может происходить как в условиях экстремальной ситуации (дорожно-транспортное происшествие, падение с высоты, ножевое или огнестрельное ранение, поражение электрическим током, механическая асфиксия, внезапный приступ заболевания), так и при необоснованном отказе принять больного в лечебное учреждение, направить в стационар лечебного учреждения (особенно актуально для сотрудников скорой помощи), провести необходимые лечебно-диагностические мероприятия, при неявке к больному по вызову, невызов специалиста обязанным лицом, которое оказалось некомпетентным в конкретной ситуации, и т.п. Применительно к беременности и родовспоможению это может быть неоказание пособия в родах при родоразрешении вне медицинского учреждения (например, когда при поступлении самотекотом роженицу не успевают довести до роддома, а оказавшийся поблизости медработник отказывается помочь женщине в родах или акушерка на дому), отказ в принятии беременной или роженицы на госпитализацию в акушерский стационар (со ссылкой на отсутствие свободных мест), невызов на родоразрешение профильного узкого специалиста при установленном наличии у роженицы или новорожденного патологии, требующей urgentного (экстренного, неотложного) вмешательства (например, при родоразрешении женщины с сердечно-сосудистой патологией в составе бригады должен находиться кардиолог или терапевт), отказ в оказании медицинской помощи при осознании тяжести клинического состояния и сомнениях в благополучном исходе, отказ от оказания акушерского пособия в родах ВИЧ-инфицированной роженицы и пр.

На практике затруднения могут вызвать вопросы квалификации действий, выполненных медицинским работником неполно или в объеме меньше необходимого: непроведение в полном объеме необходимой диагностики (например, непроведение УЗИ плода для определения его физических параметров, положения в матке с целью выбора тактики родоразрешения, либо непроведение постоянного или длительного мониторинга – кардиотокографии – для наблюдения за состоянием плода при угрожающем его жизни состоянии, или непроведение УЗИ послеродовой матки для наблюдения за ее сокращением и исключения маточного кровотечения, что может создать угрожающую жизни родильницы ситуацию), игнорирование тревожных симптомов или неназначение врачом, наблюдающим беременную, необходимых исследований и терапии при диагностике заболевания или какой-либо патологии, ненаправление в акушерский стационар беременной при наличии показаний и недооценке тяжести ее состояния. Как правильно оценить такие действия, как неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ) или причинение смерти либо тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей в зависимости от наступивших последствий (ст. 109, 118 УК РФ)? Судебно-следственная практика неоднозначна в разных регионах, что можно продемонстрировать на следующих двух примерах.

Примеры

Приговором мирового судьи судебного участка №3 г. Г. врач акушер-гинеколог перинатального центра Б. признана виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 124 УК РФ. Б., будучи обязанной оказывать помощь в соответствии с законом или со специальным правилом, не оказала помощь роженице Т. без уважительных на то причин, что повлекло причинение по неосторожности тяжкого вреда здоровью последней и гибель плода Т. В результате небрежного исполнения своих обязанностей врачом акушером-гинекологом Б. у Т. развилась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

вследствие прогрессирующей гестоза (преэклампсии), матки Кувелера, синдрома диссеминированного внутрисудистого свертывания крови на фоне дефектов оказания медицинской помощи, возникла непосредственная угроза для жизни Т. и произошла антенатальная гибель плода. При проведении операции кесарево сечение был удален орган – матка, что повлекло причинение тяжкого вреда здоровью Т. При необходимой внимательности и предусмотрительности врача акушера-гинеколога Б. тяжкие последствия для здоровья Т. и гибель плода могли не наступить.

Врач-хирург С. районной больницы г. С. при доставлении ночью бригадой скорой медицинской помощи В., находящегося в состоянии алкогольного опьянения, с ножевым ранением грудной клетки слева, произвел осмотр больного, первичную хирургическую обработку раны (ревизию, ушивание, наложение повязки) и поместил до вытрезвления в палату динамического наблюдения приемного покоя больницы, при этом неполно установил диагноз В., в связи с чем не в полном объеме провел необходимые диагностические и лечебные мероприятия, не направил последнего в хирургическое отделение больницы. В. скончался в больнице. Решением суда апелляционной инстанции приговор в отношении С. изменен. Действия осужденного по ч. 2 ст. 124 УК РФ врача-хирурга С. перекавалифицированы по ч. 2 ст. 109 УК РФ. В обоснование принятого решения суд приводит следующие доводы. У С. отсутствовали умысел на игнорирование своих обязанностей врача и намерение не оказывать помощь пациенту: объем предоставленной больному В. специализированной хирургической помощи соответствовал постановленному им диагнозу, как оказалось впоследствии, неверному. Наличие в ст. 124 УК РФ такого основания наступления уголовной ответственности, как отсутствие уважительных причин, свидетельствует о том, что всякого рода врачебная оценка в диагностировании заболевания больного сама по себе не может являться достаточным основанием для уголовного преследования медицинского работника по данной статье. По смыслу закона ненадлежащее оказание помощи больному медицинским работником при отсутствии умысла (ввиду неправильной оценки состояния здоровья, ошибки в диагнозе и т.д.) не может служить основанием для привлечения к ответственности по данной статье, но может служить основанием для привлечения к ответственности по ч. 2 ст. 109 УК РФ при наличии неосторожной вины и причинной связи между ненадлежащим исполнением лицом своих профессиональных обязанностей и наступившими последствиями в виде причинения смерти. Наказание также было изменено – с 2 лет лишения свободы условно на 1,5 года лишения свободы условно.

По нашему мнению, приведенные судом апелляционной инстанции обоснования ошибочной квалификации действий подсудимого судом первой инстанции веские, убедительные и в полной мере соответствуют правильной объективной оценке фактической ситуации, при которой врач не отказался оказать больному хирургическую помощь (не явился в приемное отделение по вызову, не стал осматривать больного, отказался обрабатывать ему рану), а оказал ее не в полном объеме (ограничился ручной ревизией раны, не проведя рентгенографию для выявления внутренних повреждений, выполнил первичную хирургическую обработку – ушивание, наложение стерильной повязки, но не назначил введение кардиотропных препаратов и мероприятия по восполнению объема циркулирующей крови), предусмотренном Порядком оказания плановой медицинской помощи больным хирургическими заболеваниями, т.е. оказал ее ненадлежащим образом. Диагностика, в том числе ошибочная или неполная, лечение, в

том числе неадекватное, несвоевременное, неэффективное либо усугубляющее клиническую картину, расцениваются как серьезные дефекты оказания медицинской помощи, которая все равно оказывается, однако недолжного качества. При таких обстоятельствах квалифицировать действия медработника (а не его бездействие) как не оказание помощи больному, что сделано в первом приведенном выше примере, по нашему мнению, неверно.

Субъектами данного преступления могут быть не только специалисты соответствующего профиля, в обязанности которых входит оказание помощи беременным и роженицам (акушеры-гинекологи, акушеры, фельдшеры скорой помощи), но и любой медицинский работник, волею случая оказавшийся рядом с беременной или роженицей, нуждающейся в медицинской помощи, когда нет фактической возможности обратиться за помощью к профильному специалисту. Таким образом, медицинские и фармацевтические работники обязаны оказывать первую неотложную медицинскую помощь для спасения жизни или предотвращения тяжелых осложнений для беременной либо новорожденного в любом месте (в дороге, на улице, в иных общественных местах и на дому), в любое время суток и везде, где данный работник первым оказался на месте происшествия и необходимую помощь оказать, кроме него, не может другой медицинский работник по службе (например, врач или фельдшер скорой медицинской помощи либо специалист нужного клинического профиля). Что касается специалистов – они обязаны оказать экстренную специальную медицинскую помощь, даже не обладая практическими навыками, по крайней мере до момента прибытия специалиста с необходимыми навыками (например, каждый врач акушер-гинеколог должен уметь проводить операцию по абдоминальному родоразрешению – кесарево сечение, несмотря на отсутствие у него практических навыков, а ссылка на то, что он акушер-гинеколог женской консультации, а не оперирующий акушер-гинеколог, не может являться уважительной причиной, исключающей преступность деяния), но не самоустраняться от оказания помощи. Сюда же можно отнести лиц, имеющих соответствующее специальное образование, но не работающих непосредственно в медицинских учреждениях (например, врач, работающий в медицинском журнале или издательстве, врачи-пенсионеры и временно не работающие).

Обязательное условие ответственности за не оказание помощи больному – отсутствие уважительных причин. Под уважительными причинами понимают обстоятельства, исключающие преступность деяния, – крайнюю необходимость (например, занятость лечением другого, не менее тяжелого больного), физическое или психическое принуждение, исполнение приказа или распоряжения; а также иные внешние обстоятельства в форме непреодолимой силы (стихийное бедствие, отсутствие транспорта для выезда к отдаленному месту медицинского происшествия и т.п.) или субъективные факторы (болезнь самого медицинского работника, несоответствие психофизиологических качеств экстремальным условиям или нервно-психическим перегрузкам и др.). Не могут быть, в частности, признаны уважительными ссылки на нерабочее время (в том числе ночное), нахождение на отдыхе, в отпуске, на отсутствие должных познаний в той или иной области медицины, отсутствие инструментов, лекарств, усталость, ведомственный или частный (негосударственный) характер лечебного учреждения и т.д. Безусловно, не может быть причиной для отказа в оказании медицинской помощи отсутствие у больного каких-либо документов, в том числе полиса обязательного медицинского страхования или же, применительно к родовспоможению, обменной карты или родового сертификата, которые выдаются в женской консультации при наблюдении беременной женщины. Когда

речь идет о спасении жизни человека, никакой полис или иной документ не могут ставиться во главу угла. Врач в первую очередь обязан выполнить свой профессиональный долг. Что касается беременной, поступающей на родоразрешение без необходимых документов, ее обязаны направить в наблюдательное акушерское отделение (как не обследованную), но не отказать в госпитализации.

Необходимо отметить, что вопрос о том, какие факторы, влияющие на ситуацию и поведение обязанного оказывать помощь медицинского работника, правомерно считать уважительными причинами, а какие нет – остается открытым. Единого перечня таких обстоятельств нет и быть не может, так как предусмотреть их все практически невозможно. По данному вопросу нет единого мнения и среди ученых и толкователей норм уголовного права. Так, между юристами и медиками существуют разногласия – может ли отсутствие необходимых инструментов и препаратов, а также узкоспециальных познаний в медицине быть оправданием в случае отказа врача от лечения больного в ургентной ситуации? Примером тому может служить следующий практический случай: врач-хирург областной больницы отказался оперировать нуждающегося в срочной операции полуторагодовалого ребенка, ссылаясь на отсутствие у него специализации именно по детской хирургии, он опасался того, что не справится с операцией, исход которой, по его мнению, был крайне сомнителен, поэтому даже не взялся за нее. Из другой больницы был вызван детский хирург, который немедленно приступил к операции, однако время было упущено, и во время операции ребенок умер. В случае оказания оперативной помощи вовремя жизнь ребенка могла быть спасена. Должен ли в этой ситуации врач-хирург, отказавшийся оперировать ребенка, привлекаться к уголовной ответственности? В любом случае вопрос о том, является данная причина не оказания помощи уважительной или нет, решается следователем и судом в каждом конкретном случае исходя из обстоятельств происшествия.

Ответственность за не оказание помощи больному наступает в том случае, если его здоровью по неосторожности причинены вред средней тяжести (ч. 1 ст. 124 УК РФ), а также тяжкий вред либо смерть (ч. 2 ст. 124 УК РФ). При отсутствии указанных последствий лицо не подлежит уголовной ответственности.

Рассматриваемые профессиональные преступления, связанные с не оказанием помощи больному, часто сопровождаются грубыми нарушениями деонтологических принципов медицины (врачебной этики), что демонстрируют следующие примеры.

Примеры

Врач выездной бригады скорой медицинской помощи Ф. прибыла вместе с фельдшером С. по вызову к гражданке В. 23 лет, находящейся на позднем сроке беременности. В нарушение установленных правил Ф. осталась в машине, пошла в квартиру к роженице фельдшера, хотя обязана была лично осмотреть В. и решить вопрос о доставке ее в лечебное учреждение. В машине скорой помощи, даже после того как у пациентки резко ухудшилось общее состояние и она попросила врача уложить ее на носилки, просьба не была удовлетворена, роженицу и дальше везли в сидячем положении, хотя уже начались роды. Врач Ф. грубо нарушила свои профессиональные обязанности, находясь не в салоне автомобиля рядом с роженицей, чтобы своевременно оказывать ей помощь, а в кабине рядом с водителем. Роды произошли в машине скорой помощи по пути в роддом. Во время родов родился живой доношенный ребенок в асфиксии вследствие двойного обвития пуповины вокруг шеи. Но в этот момент врач Ф. не приняла никаких мер по оказанию помощи роженице и ее новорожденному ребенку. Дежурный акушер-гинеколог К., войдя в салон автомобиля,

увидела стоящую в одежде в согнутом положении женщины, в штанах которой был плод. Ребенка срочно госпитализировали в реанимационное отделение. Даже после этого врач Ф. дала указание роженице с разрывом промежности и кровотечением передвигаться самостоятельно, вместо того чтобы доставить ее в отделение на носилках. Ребенок и мать остались живы, но действия Ф. повлекли для них негативные последствия и были квалифицированы по ч. 1 ст. 124 УК РФ.

Во время проведения врачом перинатального центра г. С. искусственного прерывания беременности 22-летней М. по стандартной методике путем выскабливания полости матки акушером-гинекологом П. были допущены перфорация стенок матки в пяти местах и разрыв шейки матки, в связи с чем М. нуждалась в экстренной госпитализации и оперативном вмешательстве, чего сделано не было. Допущенные акушером-гинекологом П. множественные повреждения матки привели к развитию распространенного гнойно-фибринозного перитонита в условиях инфицирования влагалища с последующим закономерным восходящим инфицированием полости матки, что потребовало экстирпации (удаления) матки как источника инфекции. Смерть М. наступила в результате распространенного гнойно-фибринозного перитонита, осложнившегося абдоминальной формой сепсиса, полиорганной недостаточностью. Причиной развития смертельных осложнений явилась множественная перфорация стенок матки при проведении искусственного аборта (выполненного в условиях акушерского стационара). Врачом акушером-гинекологом П. при наличии возможностей (материально-технической базы перинатального центра) не были выполнены диагностические процедуры, направленные на выявление возможных последствий, а именно УЗИ органов малого таза, влагалищное исследование, исследование при помощи зеркала, пальпация живота, исследование характера выделений, пульса, контроль общего состояния. Он должен был и обязан не допустить перфорации матки, диагностировать ее и своевременно оказать М. специализированную помощь. Действия П. квалифицированы по совокупности преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 124 УК РФ.

Родовспомогательные учреждения относятся к тому виду учреждений, где потенциально возможно совершить подмену ребенка (ст. 153 УК РФ) и торговлю людьми (ст. 127.1 УК РФ). Эти преступления в отношении новорожденных совершаются самими работниками родовспомогательного учреждения либо при их непосредственном участии в составе группы лиц, и связаны, во-первых, с непосредственным доступом медработников к детям, во-вторых, ограниченным режимом посещения родовспомогательных учреждений, куда проникнуть постороннему лицу довольно затруднительно. Более того, сотрудники родовспомогательного учреждения имеют возможность подделывать документы новорожденного в целях сокрытия или искажения какой-либо значимой информации. Подмена ребенка заключается в замене одного ребенка другим без согласия на то по крайней мере родителей одного из подменяемых детей. В отношении новорожденных совершить подмену проще, так как у ребенка еще не проявились четкие индивидуально-определенные признаки внешности, либо они быстро меняются, а родители еще не успели их осознать и привыкнуть. Подмена осуществляется с прямым умыслом, а обязательным признаком состава данного преступления являются корыстные или иные низменные побуждения (материальная выгода от лиц, заинтересованных в подмене, или избавление от материальных затрат в случае, например, рождения физического неполноценного ребенка). Низменными побуждениями в теории и практи-

ке считаются хулиганство, месть, зависть и т.д. Иногда после родов женщине сразу не показывают ребенка или показывают мельком, не выкладывая на грудь, когда состояние роженицы или ребенка не позволяет этого сделать (последний нуждается в проведении неотложных мероприятий, или женщина после абдоминального родоразрешения находится под наркозом либо обессилена). В дальнейшем увидеть ребенка женщина может через определенное время – от нескольких минут до нескольких дней. На первый взгляд все новорожденные похожи между собой отчасти из-за некоторой отечности (что является нормой), и распознать их по признакам внешности невозможно. Но в некоторых случаях матери новорожденных начинают сомневаться в том, их ли это ребенок, однако сотрудники роддомов их, как правило, не слушают, объясняя такие сомнения повышенным эмоциональным фоном после родов. Безусловным подтверждением родства с высокой вероятностью является ДНК-экспертиза, в судебно-следственной практике – молекулярно-генетическая или генотипическая, без проведения которой не обходится расследование уголовных дел, предусмотренных ст. 153 УК РФ. Торговля новорожденными осуществляется, как правило, для последующего незаконного усыновления ребенка. «Предметом» такой сделки являются, в первую очередь, так называемые отказники, т.е. младенцы, от которых отказались матери еще в роддомах либо дети, объявленные матерям умершими в связи с несовместимой с жизнью врожденной патологией. В группе риска также близнецы и двойняшки (тройняшки), одного из которых можно «сокрыть». Вместе с тем известны случаи активного вмешательства сотрудника родовспомогательного учреждения в принятие матерью новорожденного решения об оставлении ребенка. Родильниц, учитывая их психологическое послеродовое состояние и восприимчивость, могут легко запугать наличием у ребенка якобы врожденного неизлечимого заболевания и предстоящими связанными с ним трудностями или убедить в наступившей смерти новорожденного. При этом матери продемонстрируют фиктивные документы, подтверждающие страшный диагноз или смерть младенца. В результате женщина добровольно отказывается от ребенка либо смиряется с потерей. Продажа новорожденного работником родовспомогательного учреждения должна квалифицироваться по п. «б», «в» ч. 2 ст. 127.1 УК РФ (в отношении несовершеннолетнего, лицом с использованием своего служебного положения), так как возраст новорожденного очевиден, а служебное положение виновного лица создает все условия и предоставляет возможности для совершения такого преступления. Расследование торговли новорожденными «усложняется» отсутствием показаний самого «предмета» сделки ввиду бессознательного возраста потерпевшего, а также необходимостью производства выемки либо обыска медицинских документов в родовспомогательном учреждении. При подозрении на серию подобных преступлений необходимо поднять архив родовспомогательного учреждения для установления и проверки фактов отказов от детей или летальных исходов при родовспоможении.

Примеры

В августе 2013 г. в роддоме г. Н. неопытная акушерка перепутала новорожденных девочек, матери которых после операции кесарево сечение находились в одной палате. Родильницы обратили внимание на данный факт, еще находясь в роддоме, однако услышать женщин там никто не захотел. Пациентки были выписаны вместе с «не своими» детьми. После проведенного по инициативе одной из семей перекрестного ДНК-анализа стало ясно – детей перепутали.

В 2013 г. к уголовной ответственности по п. «б», «в», «д», «з» ч. 2 ст. 127.1 УК РФ привлечена бывшая главный

врач родильного дома №1 г. В., обвиняемая в продаже двоих новорожденных в 2008 и 2010 гг. От них отказались молодые матери, а главный врач, используя свое служебное положение и подделав документы, передала новорожденных третьим лицам.

Осенью 2012 г. пресечена деятельность преступной группы, занимавшейся продажей детей, в том числе новорожденных, в состав которой входили заведующая отделением патологии роддома г. Х. и исполняющий обязанности заведующего отделением роддома №3 г. М., которые, по версии следствия, уговаривали молодых мам отказаться от своих новорожденных детей, ссылаясь на тяжелые неизлечимые диагнозы последних. На самом деле дети были здоровы. Медики подделывали документы, а затем передавали детей сообщникам. Так, новорожденный мальчик был продан за 500 тыс. руб. Предположительно, на счет обвиняемых не менее 10 проданных детей.

Не вызывает сомнений, что медицинская помощь должна быть надлежащего качества и безопасной. Федеральный закон РФ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» дает определение **качества медицинской помощи** как совокупности характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата (ст. 2 указанного закона). Однако ни в указанном законе, ни в Конституции РФ, ни в каком ином нормативно-правовом акте нет определения безопасности медицинской деятельности, медицинской помощи или медицинской услуги. Анализ литературы по данному вопросу показал, что в понятие «безопасность медицинской деятельности» входят следующие составляющие:

- 1) безопасность пациента;
- 2) безопасность работника медицинской организации;
- 3) безопасность окружения (включая окружение пациента и объекты окружающей среды, на которые может осуществляться воздействие медицинской деятельностью);
- 4) безопасность лекарственных средств и медицинских изделий.

Под безопасностью медицинской услуги понимают безопасность услуги для жизни, здоровья, имущества застрахованного (пациента) при обычных условиях ее оказания с учетом обоснованного риска, а также безопасность процесса оказания услуги. При этом под медицинской услугой понимают медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение (понятие определено Федеральным законом РФ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»). Понятие безопасности медицинской помощи, как правило, ассоциируют с качественной медицинской помощью. Медицинская помощь надлежащего качества (качественная медицинская помощь) – медицинская помощь, оказываемая медицинским работником, исключающая негативные последствия, затрудняющие стабилизацию или увеличивающие риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, повышающие риск возникновения нового патологического процесса.

Предметом преступления, предусмотренного **ст. 238 УК РФ**, в отношении медицинской деятельности являются медицинские работы и услуги, не отвечающие требованиям безопасности жизни или здоровья пациента. Выполнение работ и оказание услуг означают осуществление лицом тех или иных видов работ на основании договора с

потребителем (пациентом), если эти работы (услуги) не отвечают требованиям безопасности. Таким образом, под выполнением работ и оказанием медицинских услуг понимается, в первую очередь, деятельность, обусловленная соответствующими договорами. Отсюда следует, что субъектом преступления в данном случае является лицо, непосредственно выполняющее работы или оказывающее услуги по заключенному договору. В нашем случае – это медицинский работник родовспомогательного учреждения, оказывающий услуги по ведению беременности и родов на основании заключенного договора.

В общем виде основные права пациентов, которые находят отражения в договоре на оказание медицинских услуг, выглядят следующим образом:

- право пациента на информацию о медицинских услугах в форме информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;
- право на оказание медицинской помощи квалифицированным специалистом;
- право на оказание медицинских услуг в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- право на получение медицинских услуг в соответствии с порядками получения медицинской помощи и стандартами медицинской помощи;
- право на использование при оказании медицинских услуг медицинских изделий и лекарственных средств, соответствующих требованиям, установленным действующим законодательством и целям медицинского вмешательства.

В настоящее время практически каждое родовспомогательное учреждение предлагает заключить так называемый контракт на роды. Стоимость этой услуги немалая и зависит она от «статуса» самого учреждения, а также от конкретного перечня предоставляемых услуг, как непосредственно медицинских (диагностика, обезболивание и пр.), так и социально-бытовых (например, ведение родов выбранным роженицей врачом, в индивидуальном родзале, размещение в послеродовой палате повышенной комфортности, возможность присутствия родственников на самих родах или посещения родственниками в послеродовом периоде, послеродовый патронаж на дому врачом и детской медсестрой и т.д.). Сам договор на оказание услуг по родовспоможению с уголовно-правовой точки зрения является доказательством, поскольку регламентирует качественную, надлежащую специализированную медицинскую помощь, которая в результате пациенту не оказывается или оказывается с существенными недостатками. Субъективная сторона данного преступления – прямой умысел по отношению к деянию, неосторожность по отношению к последствиям (п. «в» ч. 2 – причинение тяжкого вреда здоровью либо смерть человека; ч. 3 – смерть двух и более лиц). Объективная сторона данного преступления по содержанию аналогична ст. 109, 118 УК РФ, подробно описанной выше, – допущенные дефекты оказания медицинской помощи при диагностике, лечении, последующем уходе, однако необходимо иметь в виду, что при оказании услуг по родовспоможению на основании договора действия медицинских работников, допустивших дефекты, надлежит квалифицировать по ст. 238 УК РФ, поскольку данная норма является специальной по отношению к общим – ст. 109, 118 УК РФ. «Повышенный» уровень ответственности за совершение преступлений, предусмотренных ст. 238 УК РФ, нашел отражение и в санкциях, значительно более жестких по сравнению с санкциями по ст. 109 УК РФ (по ч. 3 ст. 109 УК РФ возможно лишение свободы на срок до 4 лет, по ч. 3 ст. 238 УК РФ – лишение свободы на срок до 10 лет). Особенностью оказания услуг по родовспоможению является их назначение – услуги оказываются не только женщине, но и новорожденному ребенку, т.е. предназначены для детей в возрасте до 6 лет, что

требует квалификации действия по пункту «б» ч. 2 ст. 238 УК РФ. В приведенном ниже примере, однако, этого сделано не было.

Пример

С роженицей С. был заключен договор на предоставление медицинской помощи (медицинских услуг) надлежащего качества с родильным домом №... г. СПб. В ходе родов на этапе потужного периода у плода развилась гипоксия, что требовало скорейшего завершения родов во избежание гибели плода. Врач акушер-гинеколог Н. произвела давление на дно матки С. в период изгнания плода (метод Кристеллера), что является запрещенным приемом. Такое давление спровоцировало срочный выход плода. Акушерка В. оказала неадекватное ручное пособие в родах: тракцию (потягивание) и ротацию (поворот) головки при затрудненном выведении головки и плечевого пояса. В данной акушерской ситуации при диагностировании гипоксии плода в конце периода изгнания до момента рождения головки плода надлежало применить наложение выходных акушерских щипцов или выполнить вакуум-экстракцию плода. Новорожденному ребенку С. причинено повреждение правого верхнего первичного пучка плечевого сплетения – парез Эрба (вялый паралич мышц верхних конечностей – родовая травма). Таким образом, при оказании медицинской помощи С. допущены нарушения тактики и техники ведения родов в периоде изгнания плода. Между оказанием врачом акушером-гинекологом Н. и акушеркой В. медицинской помощи новорожденному ребенку С. и полученными новорожденным телесными повреждениями, квалифицированными как тяжкий вред здоровью, имеется прямая причинно-следственная связь. Оказанная роженице С. в родильном доме медицинская помощь не соответствует установленным стандартам оказания медицинской помощи. Приговором районного суда г. СПб. Н. и В. признаны виновными в выполнении работ и оказании услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей, которые повлекли по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью человека (по п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ), каждой назначено наказание в виде 2 лет лишения свободы условно.

Анализ судебной практики показал, что наказанием за совершение преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи, в том числе при родовспоможении, в большинстве случаев является лишение свободы условно с лишением права заниматься профессиональной деятельностью на тот же или больший срок. Однако наряду с такими наказаниями встречаются и более жесткие, такие как реальное лишение свободы с отбыванием в колонии-поселении или колонии общего режима.

Пример

Приговором городского суда г. А. врач акушер-гинеколог Б. акушерского отделения городской больницы осужден за причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей двум лицам (ч. 3 ст. 109 УК РФ). Преступление совершено при следующих обстоятельствах: в акушерское отделение на родоразрешение поступила беременная третьим ребенком роженица Ч. Врачом акушером-гинекологом Б. был несвоевременно установлен диагноз: патологические роды, крупный плод (4700 г), анатомически узкий таз 1-й степени, что привело к клиническому несоответствию между головкой плода и малым тазом женщины, разрыву матки и последующему развитию эмболии околоплодными

водами, травматическому и геморрагическому шоку, ДВС-синдрому на фоне продолжающегося маточного кровотечения, что привело к смерти роженицы Ч. Врачом Б. вследствие неправильной диагностики была неверно избрана тактика ведения родов – через естественные родовые пути при наличии абсолютных показаний для абдоминального родоразрешения (кесарева сечения), назначены родостимулирующие препараты, что привело к разрыву матки. Попытки врача Б. родоразрешить роженицу Ч. использованием акушерских щипцов оказались безуспешными. Смерть новорожденного ребенка Ч. наступила от полиорганной недостаточности, явившейся результатом острой внутриутробной, интранатальной гипоксии с развитием отека легких, отека головного мозга, ДВС-синдрома. Между действиями врача акушера-гинеколога Б. и наступлением смерти роженицы Ч. и ее новорожденного ребенка установлена прямая причинно-следственная связь. Осужденному врачу Б. назначено наказание в виде лишения свободы на срок 3 года с отбыванием в колонии-поселении с лишением права заниматься врачебной или иной медицинской деятельностью сроком на 3 года.

Заключение

Важнейшими показателями качества и уровня организации охраны здоровья матери и ребенка являются материнская и перинатальная смертности. Основные усилия как государства в целом, так и каждого отдельно взятого родовспомогательного учреждения направлены на снижение этих показателей, прежде всего за счет повышения качества оказания акушерско-гинекологической и неонатальной помощи матери и ребенку. Несмотря на неискоренимые случаи непредотвратимого наступления смерти, в отдельных ситуациях с летальным исходом могут оказаться виновны медицинские работники учреждения родовспоможения. Только такие дефекты, выразившиеся в виновных, ненадлежаще исполненных профессиональных действиях (бездействии) персонала родовспомогательного учреждения, повлекшие наступление смерти или причинение тяжкого вреда здоровью пациента, могут стать основанием уголовной ответственности медицинского работника. Наличие прямой причинно-следственной связи между действиями медперсонала и наступившими негативными последствиями является основанием для привлечения медработника к уголовной ответственности (при исключении случаев обоснованного риска). Детальный анализ сложившейся ситуации (объективной стороны) и действий (бездействия) каждого конкретного сотрудника (установление субъекта) позволяет избежать ошибок в квалификации. Для выявления дефектов оказания медицинской помощи в области родовспоможения и анализа адекватности действий медперсонала необходимо ознакомиться с основными понятиями и особенностями оказания помощи в исследуемой области медицины, профессиональными обязанностями специалистов. Ключевую роль в формировании доказательственной базы может сыграть заключение комиссионной СМЭ, значение которой при расследовании данной категории дел трудно переоценить. Основными объектами исследований комиссии экспертов являются различные медицинские документы, информативность и многообразие которых могут напрямую повлиять на полноту и обоснованность выводов. К сбору и подготовке документов и материалов, предоставляемых в распоряжение экспертов, необходимо подойти тщательно и всесторонне во избежание получения неполноты ответов на поставленные перед экспертами вопросы и назначения дополнительных экспертиз или исследований.

Послесловие

Некоторые проблемные вопросы расследования уголовных дел о ятрогенных преступлениях в сфере родовспоможения

Число криминальных происшествий в сфере здравоохранения – величина непостоянная, всплески дефектов сменяются относительным затишьем, однако положительная динамика их роста, безусловно, имеется. Так, например, за два с небольшим отдельно взятых месяца средства массовой информации регулярно сообщали о недобросовестном выполнении медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей, обернувшихся трагическим исходом. Это была смерть 24-летней роженицы и ее ребенка в Туапсинской районной больнице в конце декабря 2015 г., гибель 8 новорожденных в Орловском перинатальном центре за неполный январь 2016 г., оставление хирургической простыни в брюшной полости женщины после проведения кесарева сечения в Первом Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. акад. И.П.Павлова, смерть 28-летней беременной женщины от разрыва сосуда селезенки в роддоме №16 г. Санкт-Петербурга в начале января 2016 г. и еще масса менее известных случаев. Стоит отметить, что среди выявленных фактов некачественного оказания медицинской помощи значительную часть составляют дефекты в одной из самых ответственных и психологически напряженных отраслях медицины – родовспоможении, где цена «ошибки» может стоить не только здоровья матери и ее новорожденного ребенка (с учетом также возможных отдаленных негативных последствий), но и их жизнью. Расследование уголовных дел данной категории выявляет ряд проблем, с которыми сталкиваются как следователи, так и медицинские работники, попадающие в поле зрения правоохранителей. Порой создается впечатление, что, говоря на одном языке, люди не понимают друг друга.

При детальном исследовании темы на первый план выступает проблема, связанная с различным пониманием юристами и медиками начала новой жизни. С точки зрения юриста, правоспособность лица начинается с его рождения, т.е. с момента биологического появления на свет при наличии хотя бы одного признака живорожденности. Соответственно, право человека на жизнь и здоровье становится присуще ему с этого самого момента. Медики же в настоящее время считают плод жизнеспособным, начиная с 22-й недели гестации при достижении минимум 500 г массы тела (согласно современным критериям, установленным Всемирной организацией здравоохранения). То есть при рождении такого ребенка он (при условии надлежащего выхаживания в специализированном стационаре) способен к выживанию вне организма матери. При наличии дефектов оказания медицинской помощи женщине в период беременности и родов гибель плода возможна как внутриутробно (антенатально), в процессе родов (интранатально), так и после рождения (неонатально – в течение первых 7 сут после рождения). С оценкой неонатальной гибели все понятно – человек родился и сразу приобрел неотчуждаемые права на жизнь и здоровье, неблагоприятные воздействия на которые оцениваются. С антенатальной гибелью плода более или менее ясно, так как это состояние согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. №194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» расценивается как прерывание беременности, влекущее необходимость медицинского вмешательства, и является критерием квалифицирующих признаков тяжкого вреда здоровью. То есть в данном случае здоровью женщины причиняется тяжкий вред, а наступившая гибель плода

(вне зависимости от срока гестации и его состояния до наступления внутриутробной гибели) юридически не оценивается. А как быть в случаях гибели плода от допущенных дефектов оказания медицинской помощи (при наличии прямой причинно-следственной связи) в процессе самих родов (интранатально), когда физическое здоровье роженицы не страдает? Беременность не прерывается, она закономерно заканчивается родами, но ребенок биологически (как самостоятельный организм) не успел появиться на свет и погиб в родах. Таких случаев много, однако здесь дать полноценную юридическую оценку дефектов невозможно, так как последствий для родильницы нет (вред здоровью матери не причинен), а сам погибший ребенок еще не правоспособен, так как не родился (родился мертворожденным). Выходит, что дефекты оказания медицинской помощи, повлекшие интранатальную гибель плода, есть, а события преступления – нет, и ответственность за это никто не несет.

Такой пробел в уголовном законодательстве может быть устранен внесением изменений в действующие редакции статей 109 («Причинение смерти по неосторожности») и 118 («Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности») УК РФ (в случае гибели или тяжкого увечья плода вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей) или же путем введения самостоятельной нормы, предусматривающей ответственность за увечье или лишение жизни плода. Таким образом, закон может поместить под уголовно-правовую защиту еще не родившегося ребенка. Эта идея – не новшество. Уголовные законы некоторых стран, особенно испытывающих серьезные демографические проблемы, предусмотрели ответственность за это. Так, Уголовный кодекс Польши под особую охрану помещает еще не родившегося ребенка – ст. 157а часть 1: «кто причинил плоду телесное повреждение или расстройство здоровья, угрожающее его жизни, подлежит наказанию...»; часть 2 имеет следующее содержание: «Не является преступлением, если врач причинил телесное повреждение или расстройство здоровья, угрожающее жизни плода, в результате врачебных действий, необходимых для устранения опасности, грозящей здоровью или жизни беременной женщины или плода» (Уголовный кодекс Польши. URL: <http://law.edu.ru>). Пока же такого законодательно закрепленного решения не принято, судебная практика выработала свой вариант развития событий: раз нет четких последствий (т.е. прямо указанных в статье УК), они должны либо вовсе отсутствовать в диспозиции статьи, либо иметь оценочный характер. И такая статья находится и широко применяется именно для оценки медицинских происшествий – статья 293 УК РФ («Халатность»), где последствия оцениваются исключительно правоприменителем и легко попадают в категорию «если это (деяние – Прим. авт.) повлекло существенное нарушение прав и законных интересов граждан». При этом в статусе субъекта (медицинского работника) как должностного лица сильно не сомневаются, так как то, что даже рядовой врач, выполняя свои рутинные обязанности, в отдельных случаях выполняет функции должностного лица (следовательно, таковым является), – юристы давно друг другу доказали. По этому поводу верно вспоминается крылатое выражение из области черного юмора юриста: «Был бы человек, а статья найдется!»

При расследовании уголовных дел данной категории проведение судебно-медицинской экспертизы является

обязательной (базовой) частью расследования. Несмотря на общеизвестное положение, что установление причинно-следственных связей относят к прерогативе правоприменителей, в сфере медицинской деятельности сделать это самостоятельно объективно затруднительно, поскольку медицина не является областью профессиональных знаний юристов и без привлечения специальных познаний в области медицины в целом, акушерства, гинекологии и неонатологии не обойтись. Поскольку родовспоможение – совместный процесс взаимодействия врачей разных специальностей, для получения эффективной и всесторонней экспертной оценки качества их работы необходимо назначение именно комиссионной экспертизы. При установлении дефектов оказания медицинской помощи бывает сложно «персонализировать» конкретный дефект, т.е. установить лицо, которым он был допущен. Иногда ситуация может осложняться наличием нескольких конкурирующих дефектов и множеством специалистов, оказывающих медицинскую помощь одному пациенту, в частности при затяжных родах роженица «переходит по смене» другой акушерской бригаде, или в послеродовом периоде в течение нескольких дней наблюдающие родильницу и ребенка специалисты неоднократно меняются. Привлечение к уголовной ответственности всех «причастных» к лечению врачей по одной и той же статье вне зависимости от степени их фактического участия представляется неверным, если дефект заключается, например, в несоблюдении техники выполнения процедуры, есть вполне определенный ее исполнитель, оценка результатов диагностических или лабораторных исследований также проводится конкретным лечащим врачом по факту их готовности, несвоевременность проведения вмешательства имеет временной критерий оценки (время, до наступления которого можно было избежать развития необратимых изменений в организме). Такой анализ дефектов требует от правоприменителя тщательной детальной оценки и соотнесения с действиями (бездействием) каждого медицинского работника, при этом помощь специалиста (медика, эксперта) здесь необходима.

Как показывает судебная практика, наиболее часто ошибки в квалификации возникают при неправильном разграничении халатности с тяжкими последствиями (ч. 2 ст. 293 УК РФ) и причинения смерти (ч. 2 ст. 109 УК РФ) или тяжкого вреда здоровью (ч. 2 ст. 118 УК

РФ) по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Ввиду неправильного понимания неоказания помощи и безоплатности медицинской услуги встречаются ошибки в квалификации действий по ст. 124 и 238 УК РФ.

К вопросу о причинно-следственных связях: обоснованная и согласованная между юристами и медиками позиция об установлении прямой причинно-следственной связи как обязательном условии наступления уголовной ответственности (гражданско-правовая ответственность такого категоричного требования к характеру причинно-следственных связей не предьявляет) на деле не всегда соблюдается, что более часто встречается при привлечении медиков к ответственности по ст. 238 УК РФ (около 1/3 уголовных дел направляется в суд без установления прямой связи). Создается впечатление, что некоторые правоприменители умышленно «подгоняют» под эту статью события, содержащие признаки ст. 109, 118, 124 УК РФ, ошибочно полагая, что необязательность наступления опасных последствий (формальный состав ч. 1 ст. 238 УК РФ) допускает необязательность наличия прямой причинно-следственной связи даже если такие последствия и наступили. По другим вышеуказанным составам отсутствие прямой связи также не является препятствием для предьявления обвинения медицинскому работнику (около 1/5 уголовных дел). В ряде случаев экспертные комиссии вовсе не высказываются о характере причинно-следственной связи (прямая или косвенная), оставляя вопрос на усмотрение правоприменителей, которые ввиду некомпетентности в медицине не могут дать объективной оценки связи. В результате назначается повторная экспертиза либо уголовное дело направляется в суд «как есть», несмотря на сомнительные основания для привлечения медицинского работника к уголовной ответственности. Экспертное сообщество должно понимать, что настоятельность правоприменителей по вопросу определения характера причинно-следственной связи продиктована стремлением к полноте и объективности расследования во избежание привлечения к ответственности невиновных лиц.

Правоприменителям не стоит забывать о том, что презумпцию невиновности еще никто не отменял, а медикам – что совесть по-прежнему остается лучшим судьей. В любом случае только совместными усилиями мы сможем минимизировать количество ошибок как следственных, так и врачебных.

Литература/References

1. Решение коллегии Следственного комитета Российской Федерации «Об итогах работы следственных органов Следственного комитета Российской Федерации за первое полугодие 2015 г. и задачах на второе полугодие 2015 г. / Reshenie kollegii Sledstvennogo komiteta Rossiiskoi Federatsii «Ob itogakh raboty sledstvennykh organov Sledstvennogo komiteta Rossiiskoi Federatsii za pervoe polugodie 2015 g. i zadachakh na vtoroe polugodie 2015 g. [in Russian]
2. Багмет А.М., Черкасова Л.И. Тактика и методика расследования причинения смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей. Учебное пособие. ФГКОУ ДПО Институт повышения квалификации Следственного комитета Российской Федерации. М., 2013. / Bagmet A.M., Cherkasova L.I. Taktika i metodika rassledovaniia prichineniia smerti po neostorozhnosti vsledstvie nenadlezhashchego ispolneniia meditsinskimi rabotnikami svoikh professional'nykh obiazannostei. Uchebnoe posobie. FGKOU DPO Institut povysheniia kvalifikatsii Sledstvennogo komiteta Rossiiskoi Federatsii. M., 2013. [in Russian]
3. Бриллиантов А.В., Долженкова Г.Д., Иванова Я.Е. и др. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации (постатейный). М., 2010. / Brilliantov A.V., Dolzhenkova G.D., Ivanova Ya.E. i dr. Kommentarii k Ugolovnomu kodeksu Rossiiskoi Federatsii (postateinyi). M., 2010. [in Russian]
4. Радченко М.В. Ненадлежащее врачевание в репродуктивной сфере: уголовно-правовой аспект: Дис. ... канд. юрид. наук. Екатеринбург, 2002. / Radchenko M.V. Nenadlezhashchee vrachevanie v reproduktivnoi sfere: ugolovno-pravovoi aspekt: Dis. ... kand. iurid. nauk. Ekaterinburg, 2002. [in Russian]
5. Подобед Н.Д. Правовые аспекты деятельности врача акушера-гинеколога. Журн. практического врача акушера-гинеколога. 2002; 1: 37–41. / Podobed N.D. Pravovye aspekty deiatel'nosti vracha akushera-ginekologa. Zhurn. prakticheskogo vracha akushera-ginekologa. 2002; 1: 37–41. [in Russian]
6. Кирбасова Н.П., Старченко А.А., Фуркалиук М.Ю. Актуальные вопросы юридической ответственности акушера-гинеколога. Акуш. и гинекол. 2004; 2: 48–53. / Kirbasova N.P., Starchenko A.A., Furkaliuk M.Iu. Aktual'nye voprosy iuridicheskoi otvetstvennosti akushera-ginekologa. Akush. i ginekol. 2004; 2: 48–53. [in Russian]
7. Никитина И.О. Преступления в сфере здравоохранения (законодательство, юридический анализ, квалификация, причины и меры предупреждения). Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Н. Новгород, 2007. / Nikitina I.O. Prestupleniia v sfere zdravookhraneniia (zakonodatel'stvo, iuridicheskii analiz, kvalifikatsiia, prichiny i mery preduprezhdeniia). Avtoref. dis. ... kand. iurid. nauk. N. Novgorod, 2007. [in Russian]
8. Огнерубов Н.А. Ятрогенная преступность: причины и меры предупреждения. Социально-экономические явления и процессы. 2010; 4: 121–6. / Ognerubov N.A. Iatrogennaia prestupnost': prichiny i mery preduprezhdeniia. Sotsial'no-ekonomicheskie iavleniia i protsessy. 2010; 4: 121–6. [in Russian]
9. Белкин А.Р. Теория доказывания в уголовном судопроизводстве. М.: Норма, 2005. / Belkin A.R. Teoriia dokazyvaniia v ugolovnom sudoproizvodstve. M.: Norma, 2005. [in Russian]

10. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н. Изучение нежелательных исходов в неонатологии – помощь здравоохранению. Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. Хабаровск, 2012; 12: 22–5. / Barinov E.Kh., Romodanovskii P.O., Cherkalina E.N. Izuchenie nezheleatel'nykh iskhodov v neonatologii – pomoshch' zdravookhraneniui. Izbrannnye voprosy sudebno-meditsinskoi ekspertizy. Khabarovsk, 2012; 12: 22–5. [in Russian]
11. Пристансков В.В. Ятрогенные преступления: понятие, подходы к исследованию. Монография. СПб., 2005. / Pristanstskov V.V. Iatrogennye prestupleniia: poniatie, podkhody k issledovaniui. Monografiia. SPb., 2005. [in Russian]
12. Огнерубов Н.А. Профессиональные преступления медицинских работников. Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2014. / Ognerubov N.A. Professional'nye prestupleniia meditsinskikh rabotnikov. Avtoref. dis. ... kand. iurid. nauk. M., 2014. [in Russian]
13. Внутрибольничные инфекции: новые горизонты профилактики //http://www.zdrav.ru/articles/77774-vnutribolnichnye-infektsii-novye-gorizonty-profilaktiki / Vnutribolnichnye infektsii: novye gorizonty profilaktiki //http://www.zdrav.ru/articles/77774-vnutribolnichnye-infektsii-novye-gorizonty-profilaktiki [in Russian]
14. Клиника нозокомиальных инфекций. http://www.rusmedserver.ru/neonatalogia2/87.html / Klinika nozokomial'nykh infektsii. http://www.rusmedserver.ru/neonatalogia2/87.html [in Russian]
15. Фаршатов Р.С. Проблема безопасности медицинской деятельности: термины и определения. Молодой ученый. 2014; 4: 380–2. / Farshatov R.S. Problema bezopasnosti meditsinskoi deiatel'nosti: terminy i opredeleniia. Molodoi uchenyi. 2014; 4: 380–2. [in Russian]
16. Багмет А.М., Петрова Т.Н. О необходимости включения в уголовный кодекс РФ ятрогенных преступлений. Российский следователь. 2016; 7: 27–32. / Bagmet A.M., Petrova T.N. O neobkhodimosti vklucheniia v ugovolnyi kodeks RF iatrogennykh prestuplenii. Rossiiskii sledovatel'. 2016; 7: 27–32. [in Russian]

Нормативно-правовые документы, использованные в статье:

1. Уголовный кодекс Российской Федерации.
2. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации.
3. Федеральный закон РФ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4. Федеральный закон РФ от 31.05.2001 №73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».
5. Федеральный закон РФ от 30.03.1999 №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
6. Постановление Правительства РФ от 17.08.2007 №522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».
7. Постановление Правительства РФ от 11.08.2003 №485 «О перечне социальных показаний для искусственного прерывания беременности».
8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12.05.2010 №346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».
9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24.04.2008 №194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».
10. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 05.05.2012 №502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».
11. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.02.2003 №50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях».
12. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 06.06.2013 №354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий».
13. Приказ Министерства культуры РФ от 25.08.2010 №558 «Об утверждении Перечня типовых управленческих архивных документов, образующихся в процессе деятельности государственных органов, органов местного самоуправления и организаций, с указанием сроков хранения».
14. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 03.12.2007 №736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».
15. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30.03.2006 №224 «Об утверждении положений об организации проведения диспансеризации беременных женщин и родильниц».
16. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.06.2006 №500 «О совершенствовании учета и анализа случаев материнской смерти в Российской Федерации».
17. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22.03.2006 №185 «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания».
18. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 04.12.1992 №318 и Постановление Госкомстата РФ от 04.12.1992 №190 «О переходе на рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения критерии живорождения и мертворождения».
19. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 №58 об утверждении СанПин 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».
20. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 06.06.2003 №124 «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН 2.1.3.1375-03» «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров».
21. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 09.06.2003 №131 «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил СП 3.5.1378-03».
22. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 11.01.2011 №1 «Об утверждении СП 3.1.5.2826-10 "Профилактика ВИЧ-инфекции"».
23. «Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 06.11.2011).
24. Методическое письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 21.02.2011 №15-4/10/2-1694 «О материнской смертности в Российской Федерации в 2009 году».
25. Методическое письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 21.04.2010 №15-4/10/23204 «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям».
26. Методическое письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16.11.2011 №15-0/10/2-11336 «Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении».

Разбор случая по теме «Особенности расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи в акушерстве и гинекологии»

Случай из следственной практики одного из подразделений СК РФ. Разбор проведен майором юстиции Т.Н.Петровой

В гинекологическое отделение Центральной районной больницы г. Р. по скорой помощи поступила больная К. (31 год) с болями внизу живота. Первоначальный диагноз – подозрение на апоплексию яичника (разрыв яичника), уточненный диагноз после пункции заднего свода влагалища (внутреннее кровотечение) – нарушенная трубная беременность слева по типу разрыва трубы в ампулярном отделе (в анамнезе – внематочная беременность за год до события). Больной показана срочная операция – лапаротомия, тубэктомия слева (вскрытие брюшной полости с целью остановки внутреннего кровотечения и удаление беременной маточной трубы). В ходе операции в брюшной полости обнаружено 700–800 мл жидкой крови со сгустками. Оперировавший врач акушер-гинеколог Н. приняла решение о заборе крови из брюшной полости пациентки в целях дальнейшей реинфузии (интраоперационная реинфузия крови – аспирация крови из операционной раны или полости тела стерильным отсосом в стерильную емкость с последующим отмыванием, затем возврат пациенту во время операции или в срок, не превышающий 6 ч после начала сбора крови). Гинекологическая операция прошла без осложнений, однако при реинфузии крови у пациентки развился анафилактический шок, осложнившийся острым синдромом внутрисосудистого свертывания крови, острой почечно-печеночной недостаточностью, отеком легких, постаноксической энцефалопатией, что явилось причиной смерти. Подготовка отобранной крови заключалась в ее очистке через два фильтра капельницы для переливания крови, специального оборудования для очистки крови в больнице нет. Непосредственно реинфузию крови выполнил участвовавший в операции врач анестезиолог-реаниматолог Г.

Врач акушер-гинеколог Н. виновной себя не признала, пояснив, что в смерти больной она не виновата. При поступлении К. в гинекологическое отделение в удовлетворительном состоянии после проведения диагностики у больной было выявлено внутреннее кровотечение, ее нужно было оперировать. Во время операции был обнаружен разрыв маточной трубы, кровотечение. Общая кровопотеря составила 700–800 мл. Из брюшной полости пациентки было отобрано 300 мл крови для реинфузии, так как врач посчитала, что для этого имелась основа (кровопотеря около 25% от общей массы тела). Никто из операционной бригады не возражал, мнений о ненужности реинфузии не высказывал. В ходе операции через полчаса после ее начала состояние пациентки резко ухудшилось, упало артериальное давление, появились признаки отека легких. Был вызван второй реаниматолог, затем заведующий реанимационным отделением. У больной произошла остановка сердца, симптома клинической смерти, из которой она выведена медикаментозно и путем дефибрилляции. К этому времени операция была завершена, продолжались реанимационные мероприятия. Состояние пациентки оставалось тяжелым, через некоторое время наступила ее смерть. Врач считает избранную ею тактику лечения пациентки правильной и обоснованной, операция проведена в срок и по показаниям, технически не осложнялась. Исползованная методика реинфузии применялась в стационаре и ранее, не только ею, но и другими врачами. Непосредственно реинфузию проводил анестезиолог-реаниматолог Г., который должен был следить за реакцией и в слу-

чае необходимости своевременно ее прекратить. Причина анафилактического шока у пациентки Н. неизвестна.

Врач анестезиолог-реаниматолог Г. виновным себя признал частично, пояснил, что перед началом операции врач акушер-гинеколог Н. распорядилась приготовить все для реинфузии. Во время операции он трижды уточнял у нее необходимость данной процедуры, так как, по его мнению, в данном случае можно было обойтись без нее, для этого им была подготовлена одногруппная плазма в объеме 510 мл, учитывая общую кровопотерю, в большем объеме больная не нуждалась. Через 8 мин после начатой реинфузии (за это время было перелито примерно 230–250 мл крови) у больной отметилась выраженная гипотония с падением артериального давления до 50×20, тахикардия до 120, пульс слабого наполнения, развилась клиническая картина отека легких.

Согласно заключению комиссионной СМЭ диагностирование заболевания пациентки К. «нарушенная трубная беременность слева по типу разрыва трубы в ампулярном отделе» произведено своевременно и правильно, лечение до момента проведения реинфузии проводилось обоснованно и в полном объеме: операция тубэктомия произведена по жизненным показаниям, противопоказаний к оперативному лечению и дефектов в проведении операции не выявлено. Основным дефектом лечения явилось без достаточных на то оснований назначение реинфузии собственной крови, излившейся в брюшную полость пациентки. Реинфузия проводилась с грубыми нарушениями приказов Минздрава России №363 и 36, что привело к развитию осложнений, повлекших смерть больной. Анализируя состояние больной, комиссия приходит к выводу, что в исследуемом случае показания к проведению трансфузии эритроцитарной массы или цельной крови весьма сомнительны. Кроме того, одним из противопоказаний для интраоперационной реинфузии является отсутствие возможности отмывания излившейся крови (по своему составу она отличается от циркулирующей крови). Фильтрация излившейся крови через несколько слоев марли в настоящее время недопустимо. В случае отказа от реинфузии собственной крови благоприятный исход для пациентки был возможен. В рассматриваемой ситуации ответственность за назначение переливания крови несет хирург, а за переливание – врач-анестезиолог, проводивший переливание. Причиной смерти К. явилось развитие острой сосудистой недостаточности, отека легких и отека вещества головного мозга.

В данном случае врачом акушером-гинекологом допущен тактический дефект во время проведения показанной и своевременной операции. Решение о проведении интраоперационной реинфузии было не только необоснованным по состоянию пациентки, но и противопоказанным ввиду отсутствия возможности выполнить очистку надлежащим образом с использованием специального оборудования, которого в больнице не имеется. Зная о содержании требований ведомственных приказов, регламентирующих обязательность и порядок очистки отобранной для реинфузии крови, оперировавший врач, тем не менее, осознавая, что неочищенная цельная кровь, ранее отобранная из полости тела пациента, отлична по своему составу от циркулирующей крови и опасна для переливания в таком виде ему же, сознательно проигнорировала такую

опасность, рассчитывая на благополучный исход, поскольку, с ее слов, такую тактику неоднократно применяли в их больнице и она сама, и другие врачи. Самонадеянно полагаясь на избежание возможных неблагоприятных последствий, врач создает для пациента дополнительную угрозу его жизни и здоровью, не зависящую от его фактического состояния, в связи с которым проводится лечение. На этапе выполнения реинфузии практически осуществляет ее врач анестезиолог-реаниматолог, который, с одной стороны, должен выполнять указания оперирующего врача, с другой стороны, также полноценно несет ответственность за использование им показанных и безопасных приемов и методов лечения. Не имея в распоряжении специального оборудования для очистки отобранной для реинфузии крови, необходимо было отказаться от нее как от недопустимого метода восполнения кровопотери.

Стоит учесть, что сложившаяся клиническая ситуация могла быть разрешена иным образом – использованием имевшегося в распоряжении в достаточном количестве запаса одногруппной плазмы, соответствующего требованиям безопасности для трансфузионных сред, в том числе по чистоте. Таким образом, в сложившейся клинической

ситуации у врачей имелись варианты адекватного альтернативного правомерного поведения, не допускающего нарушений нормативных требований, что позволило бы им избежать дефекта оказания медицинской помощи. Объективных факторов, которые могли бы помешать врачам действовать правомерно («мешающих» факторов), в данном случае не имелось. Говоря о выборе в пользу того или иного тактического приема, в любом случае необходимо избегать запрещенных приемов и методов, невзирая на имеющиеся случаи их практического использования. Иными словами, нельзя делать то, что прямо запрещено. Для рассматриваемого случая: нельзя переливать пациенту неочищенную даже собственную кровь, поэтому выбор в пользу этого запрещенного метода заведомо неправильный. Есть альтернатива в виде разрешенного метода переливания плазмы. Именно по этой причине такая ситуация не попадает под категорию обоснованного риска (ч. 2 ст. 41 УК РФ «Риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам»).

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Петрова Татьяна Николаевна – майор юстиции, старший преподаватель кафедры уголовного права и криминологии Московской академии Следственного комитета Российской Федерации.
E-mail: akskrf@yandex.ru