

Дефекты оказания медицинской помощи с точки зрения судебно-медицинской экспертизы

*Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности является одной из наиболее сложных и ответственных среди судебно-медицинских экспертиз. От заключения судебно-медицинских экспертов во многом зависит ход уголовного дела и судьба медицинского работника, установление его виновности или невиновности. При проведении такой экспертизы существует немало сложностей и спорных вопросов, в особенности в части установления наличия и сущности дефектов оказания медицинской помощи. О том, с какими трудностями при определении дефектов сталкиваются судмедэксперты и какие встречаются экспертные ошибки, рассказывает **Олеся Веселкина**, врач судебно-медицинский эксперт высшей квалификационной категории, член Ассоциации судебно-медицинских экспертов, преподаватель кафедры «Медицинское право, социология и философия» института подготовки кадров высшей квалификации и профессионального образования ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России.*

С точки зрения закона

В статье 58 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» перечислены виды медицинских экспертиз. К судебной экспертизе относится только судебная-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертиза проводятся в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу в медицинских организациях экспертами в соответствии с законодательством Российской Федерации. На федеральном уровне служба регулируется Федеральным Законом «О государственной судебно-экспертной деятельности», на уровне исполнительной власти Приказом №346Н Министерства Здравоохранения и Социального развития. Таким образом, судебно-медицинская экспертиза (СМЭ) – это установленный законом вид экспертизы, которая обслуживает нужды правоохранительных органов и судов. СМЭ назначается каждый раз, когда следствие получает заявление о «медицинском» преступлении или пациент подает гражданский иск в суд.

Врачи судебно-медицинские эксперты оформляют различные виды документов. Когда речь идет об экспертизе как о процессуальном действии, то есть, когда для установления истины необходимо Заключение как доказательство, возможен только один вид документа – это **заключение эксперта (заключение комиссии экспертов)**.

Другой вариант процессуального документа – это **заключение специалиста/комиссии специалистов**. Документ оформляется, когда сторона защиты обращается в экспертную организацию, обычно для поиска возможных контраргументов.

Когда речь идет о досудебном производстве, то стороны тоже могут обращаться в Бюро судебно-медицинской экспертизы – документ оформляется как **акт судебно-медицинского исследования**.

Есть и другие виды документов: рецензия специалистов, консультации специалиста, независимая медицинская экспертиза, экспертиза качества оказания медицинской помощи, различные проверки, результаты клинико-анатомических конференций, проводимых медицинскими организациями.

Все эти документы могут приобщаться к материалам дела. Однако к доказательствам относятся только Заключение эксперта/комиссии экспертов, либо

Заключение специалиста/комиссии специалистов. Все остальные документы к материалам дела приобщаются, но имеют процессуальный **статус иных доказательств**.

В нормативно-правовом регулировании судебно-медицинской экспертизы есть два основных блока документов. Первый блок – документы, которые в целом регламентируют производство судебной экспертизы в РФ. К ним относится основополагающий федеральный закон от 31 мая 2001 г. N 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» и процессуальные кодексы: Уголовно-процессуальный кодекс РФ, Гражданский процессуальный кодекс РФ и другие.

Другой блок – нормативно-правовые акты, которые регламентируют саму судебно-медицинскую экспертизу. Постановление правительства РФ от 17 августа 2007 г. №522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» и приказ Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 г. № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью», определяют, как устанавливать вред, причиненный здоровью человека. И, безусловно, судебно-медицинские эксперты руководствуются Порядком производства судебно-медицинских экспертиз (утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 12 мая 2010 г. N 346н), который прописывает алгоритмическую часть проведения экспертиз.

Как проводится судебно-медицинская экспертиза

Многие думают, что судебно-медицинские эксперты исследуют только медицинские документы, но это не совсем так. **СМЭ производится по всем видам документов и объектам, которые следствие или суд может предоставить в распоряжение экспертов.**

В первую очередь, конечно, это медицинские документы, которые должны быть подлинными (с копиями эксперты работают только в случае утраты оригиналов). Часто судебно-медицинские эксперты исследуют весь «медицинский» путь пациента от рождения и до смерти, детально анализируют амбулаторную карту пациента для того, чтобы понять состояние пациента перед обращением за медицинской помощью, наличие у него каких-либо заболеваний и т.п.

Кроме того, судмедэкспертами исследуются материалы дела: показания медицинских работников, документы, которые приобщаются к материалам дела, такие как результаты проверок, экспертизы качества, заключения специалистов и так далее.

Для СМЭ предоставляются различные объекты: рентгенограммы, томограммы, результаты электрокардиографии и т.п. При наличии, обязательно повторно исследуется либо операционный гистологический материал, либо гистологический материал от трупа.

Что касается состава экспертной комиссии, то он формируется не менее чем из двух экспертов – не менее чем одного судебно-медицинского эксперта и одного врача клинической специальности. На практике в одной экспертной комиссии участвует, в среднем, не менее пяти человек.

Врач судебно-медицинский эксперт должен иметь высшее медицинское образование, он обладает таким же сертификатом специалиста, как и врач клинической специальности, но в его сертификате написано «судебно-медицинская экспертиза». Высшее юридическое образование для эксперта не является обязательным. Каждый эксперт, входящий в состав комиссии, которой поручена экспертиза, предупреждается об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения.

Один из экспертов может быть экспертом-организатором, т. е. координировать работу экспертной комиссии, направлять документы, определять состав внештатных экспертов, организовывать заседание экспертной комиссии и готовить проект выводов.

Внештатные эксперты – те эксперты, которые не состоят в штате экспертного учреждения. Это и есть врачи клинических специальностей, которые вводятся в состав экспертной комиссии. Для каждой экспертизы важно найти квалифицированного специалиста, который сможет объективно разобраться в конкретном случае. Такой специалист имеет базовое медицинское образование, то есть диплом врача, соответствующий сертификат специалиста. Законом не предусмотрено, чтобы внештатный эксперт имел какую-то иную дополнительную подготовку, например, сертификат судебно-медицинского эксперта или повышение квалификации по судебно-медицинской экспертизе, он также не должен состоять в каком-либо реестре экспертов. В законе отдельно отмечено, что участвующий в экспертизе врач, не должен был быть задействован в лечебном процессе подэкспертного. Внештатные эксперты подбираются, как правило, из ведущих медицинских учреждений того субъекта РФ, где проводится экспертиза. Число врачей клинических специальностей в составе комиссии может быть достаточно велико – все зависит от сложности случая. Каждый из специалистов производит исследование всего объема документов, но исходя из фокуса своей специализации. Максимальное количество врачей клинических специальностей в составе комиссии в моей практике – это 12 внештатных экспертов.

После того, как все документы и объекты исследованы, собирается заседание экспертной комиссии, на котором обсуждается концепция того, что будет написано в выводах. Если заседание экспертной комиссии прошло успешно, и вся комиссия пришла к общему знаменателю, то тогда формируются экспертные выводы.

В первую очередь формируется суждение о патологическом процессе у пациента, причине его смерти. Затем выделяются дефекты оказания медицинской помощи на всех этапах.

Далее судебно-медицинские эксперты производят определение вреда, причиненного здоровью человека установленными дефектами оказания медицинской и устанавливают причинно-следственные связи между дефектами оказания медицинской помощи и наступлением неблагоприятных последствий для пациента.

Основные вопросы, которые разрешаются в ходе судебно-медицинской экспертизы дефектов оказания медицинской помощи это: **имелись ли дефекты оказания медицинской помощи, причинен ли вред здоровью человека и имеется ли причинно-следственная связь между дефектами оказания медицинской помощи и наступлением неблагоприятного исхода у пациента.** Безусловно, суд, органы следствия могут поставить перед экспертами большее число вопросов. Были случаи, когда их число доходило до 150. Однако множественность вопросов чаще делает экспертизу только более трудоемкой и увеличивает ее сроки.

Дефекты оказания медицинской помощи для судмедэкспертов

В заключениях судебно-медицинских экспертов часто можно встретить два понятия: «дефект оказания медицинской помощи» или «недостаток оказания медицинской помощи», которые достаточно часто используются судмедэкспертами.

Первый термин более правильный, так как именно он используется в нормативно-правовых документах, которые регламентируют судебно-медицинскую экспертизу, в частности, в Приказе №194-Н. Однако оба термина являются синонимами, поэтому возможно использование и термина «недостаток».

Что же в практической судебной медицине понимается под дефектом оказания медицинской помощи? В первую очередь, конечно, это **несоответствие той медицинской помощи, которая была оказана пациенту, требованиям действующих нормативно-**

правовых документов. Речь идет о порядках оказания медицинской помощи, стандартах оказания медицинской помощи и клинических рекомендациях. В то же время важно понимать, что порядки, стандарты и клинические рекомендации пишутся относительно «типового» больного, они обязательны в случае если соблюдаются интересы больного. Невыполнение какого-либо положения порядков и стандартов, при наличии уникальной клинической ситуации у конкретного больного, не расценивается судебно-медицинскими экспертами как дефект оказания медицинской помощи.

Другой важный раздел дефектов – это **несоответствие медицинской помощи обычно установленным правилам оказания медицинской помощи.** Это понятие «обычая», прописанное в гражданском кодексе - сложившееся и широко применяемое в какой-либо области предпринимательской или иной деятельности, не предусмотренное законодательством правило поведения, независимо от того, зафиксировано ли оно в каком-либо документе. Нормативно-правовые документы не могут охватить всю алгоритмическую часть медицины, не могут включить в себя, например, технику операции или диагностической манипуляции.

В судебно-медицинской экспертизе выделяют пять групп дефектов оказания медицинской помощи. Эта классификация носит практический характер и основана на ежегодном анализе проведенных экспертиз: **дефекты диагностики, дефекты лечения, дефекты тактики, дефекты организации оказания медицинской помощи и дефекты оформления медицинской документации.**

К дефектам диагностики относятся **отсутствие, запоздалая или неверная диагностика заболевания.** Дефекты лечения в свою очередь часто обусловлены дефектами диагностики, ведь если диагноз поставлен неверно, то и лечение может быть неправильным. Важной особенностью судебно-медицинской экспертизы является выделение не только дефектов оказания медицинской помощи, но анализ причин, которые привели к дефектам. Причинами дефектов медпомощи могут быть как субъективные, обусловленные личностью и действиями самого врача, принимающего решение относительно диагностики и лечения больного; но и объективные причины. К ним относятся существенные факторы, которые не позволяют распознать заболевание – так называемая сложность случая: редкость болезни, атипичность клинической картины, аномалии развития, играющие существенную роль во время проведения медицинской манипуляции, а в части случаев поведение самого больного: позднее обращение за медицинской помощью, состояние опьянения, затрудняющее контакт с пациентом и т.п.

Среди объективных причин допущенных дефектов диагностики и лечения одними из наиболее важных являются **дефекты организации оказания медицинской помощи.** Например, пациенту не может быть оказана медицинская помощь, потому что нет конкретного врача или недоступно какое-либо оборудование. В таком случае дефекты медпомощи обусловлены не личными действиями врача, а созданными для него условиями в медицинской организации. Такие дефекты медпомощи – зона ответственности руководителей медицинской организации.

Некоторые судебно-медицинские эксперты дефекты тактики относят к дефектам лечения. В части случаев это действительно так, но часто они строго разграничены. Проиллюстрирую примером – врач скорой медицинской помощи приехал на вызов к ребенку с диагнозом ОРВИ и высокой температурой. Мама от госпитализации отказалась. Врач должен был передать в поликлинику информацию, что был вызов «скорой», и врач из поликлиники должен был бы прийти на следующий день. Однако врач скорой этого не сделал. Такие дефекты оказания медицинской помощи мы относим к дефектам тактики.

Конечно, особого внимания судмедэкспертов заслуживают дефекты, которые оказывают влияние на здоровье пациента и вызывают новые патологические состояния. К

таким дефектам относится проведение операции в экстренных случаях при отсутствии абсолютных показаний или проведение плановой операции, когда в ней нет необходимости и можно использовать иные, в том числе консервативные методы лечения. Сюда относят также несоблюдение техники операций или техники диагностической процедуры, которая приводит к повреждению какого-либо органа или сосуда, или использование противопоказанных пациенту лекарственных препаратов и использование противопоказанных при таких манипуляциях инструментов.

Примеров таких дефектов медпомощи в практике судмедэкспертов немало. Например, в одном случае врач использовал степлер в ходе операции по закрытию грыжи диафрагмы. В инструкции к этому степлеру в графе противопоказания было указано, что им нельзя пользоваться в зоне сердца. В результате использования этого инструмента была повреждена передняя межжелудочковая ветвь левой венечной артерии, у больного произошла гемотампонада, исходом явилось вегетативное состояние. В другом случае врач-гинеколог попыталась удалить внутриматочную спираль, не располагая соответствующим оборудованием в клинике, не имеющей лицензию на проведение подобных процедур. Для извлечения маточной спирали она использовала корнцанг, который нашла где-то в соседнем кабинете. У пациентки во время этой манипуляции произошла перфорация матки.

Отдельно стоит упомянуть о дефектах заполнения медицинской документации. При судебно-медицинской экспертизе речь не идет о неразборчивом почерке или помарках в истории болезни. Дефектом считается, когда история болезни написана так, что не представляется возможным понять, что произошло во время операции, был ли допущен дефект оказания медицинской помощи или у пациента развилось осложнение правильно проведенной процедуры. Дефектом считается, если какие-то действия врачей не находят отражения в документации. Например, больному проведена плевральная пункция, осложнившаяся кровотечением в плевральную полость, следы пункции установлены в ходе судебно-медицинского исследования трупа, однако в медицинской карте отсутствует протокол проведения этой манипуляции.

Связи решают все

Для судмедэксперта важнейшее значение имеют прямые причинно-следственные связи между дефектами оказания медицинской помощи и наступившими последствиями для пациента. Прямая причинно-следственная связь – это такая связь явлений, при которой причина должна быть достаточная, а связь однозначной – одно явление закономерно порождает другое.

Родоначальником учения о причинно-следственных связях является философия. Однако, базовая теория причинно-следственных связей может существенно меняться в зависимости от области применения и объекта исследования. Установление причинно-следственной связи в пределах организма человека, то есть, от воздействия на него какого-то фактора внешней среды до наступления последствий, является прерогативой судебно-медицинского эксперта. Врачи рутинно определяют причинно-следственные связи, когда ставят диагноз или дают заключение о причине смерти, просто для этого используются другие термины.

В медицине и юриспруденции трактовка причинно-следственных связей может существенно различаться. Важно помнить, что юриспруденция – гуманитарная наука, изучающая действия человека (а не его организм, как это делает медицина) с точки зрения их правомерности и противоправности. Отличие как самой науки, так и предмета изучения, оказывает существенное влияние на применение теории причинно-следственных связей.

Приведу в качестве примера случай из судебной практики. После проведения склеротерапии у пациентки с варикозной болезнью образовался некроз кожи, потребовалось длительное лечение. На голених остались обширные рубцы, которые пациентка считала косметическим дефектом и просила взыскать с медицинской организации крупную денежную сумму. При экспертизе было установлено, что процедура склеротерапии была показана этой пациентке, она проводилась показанным препаратом в соответствующей дозировке, по протоколу операция была проведена технически правильно. Добровольное информированное согласие было оформлено подробно и правильно. И в нем содержался полный перечень осложнений этой процедуры, в том числе – и развитие такого осложнения как некроз. Врач действовал абсолютно правомерно, но отвечая на вопрос, который поставил суд перед судебно-медицинской экспертизой – имеется ли прямая причинно-следственная связь между оказанной медицинской помощью, то есть, процедурой склеротерапии и наступлением последствий в виде некроза кожи у этой пациентки, судмедэксперты констатировали, что прямая причинно-следственная связь имеется – некроз кожи действительно вызван проведенной медицинской манипуляцией.

Однако, в связи с тем, что дефектов оказания медицинской помощи установлено не было, суд отказал в иске. Таким образом, несмотря на то, что судмедэксперты установили прямую причинно-следственную связь, с позиции юриспруденции прямой причинно-следственной связи не было, так как не было противоправного деяния врача.

Другой пример проиллюстрирует классическую прямую причинно-следственную связь с точки зрения медицины. Была проведена лапароскопическая холецистэктомия у пациентки с хроническим холециститом. Во время операции был поврежден крупный сосуд – воротная вена. Была произведена попытка найти источник кровотечения. Кровотечение было массивным, а хирург малоопытным, его действия причинили дополнительные повреждения. При чрезмерном расширении операционного поля была почти оторвана селезенка, а при прошивании ножки во время ее удаления было прошито тело поджелудочной железы. Во время ушивания воротной вены, была полностью перевязана правая печеночная вена. Через 4 дня после операции пациентка скончалась.

При СМЭ было установлено, что удаление селезенки на коротком промежутке времени, который женщина прожила после операции, никак не отразилось. Но три других дефекта оказания медицинской помощи: повреждение воротной вены, которое привело к массивному кровотечению, а также последовавшие перевязка правой печеночной артерии и прошивание тела поджелудочной железы, приведшие к некрозу правой доли печени и поджелудочной железы, обусловили развитие геморрагического шока и эндогенной интоксикации, привели к наступлению смерти. Поэтому между каждым из трех дефектов оказания медицинской помощи и наступлением смерти была установлена прямая причинно-следственная связь. Каждый из указанных дефектов вызвал тяжелые последствия и мог привести к наступлению смерти. Между удалением селезенки и наступлением смерти пациента прямой причинно-следственной связи установлено не было.

Экспертные ошибки при установлении причинно-следственных связей

В практике СМЭ встречается немало ошибок экспертов, на которые следует обратить внимание медицинским юристам при защите врачей.

Первая и, наверное, самая распространенная – **установление прямой причинно-следственной связи между дефектами из категории бездействия и наступлением**

последствий. Речь идет о случаях, когда врачами не было выполнено каких-либо диагностических или лечебных процедур.

При установлении причинно-следственной связи в медицине и в преступлении важно четко осознавать свои специальные познания и свой объект исследования. Для врача это – медицинские познания об этиологии, патогенезе болезни и причине смерти, а объект познания – организм человека.

Судмедэкспертами прямая причинно-следственная связь устанавливается только в случае, если дефект оказания медицинской помощи привел к развитию какого-либо нового патологического процесса, то есть явился его причиной, а смерть от этого патологического процесса была следствием.

Юрист может рассматривать ту же самую ситуацию, но при определении причинно-следственной связи он будет оценивать действия врача, их правильность или противоправность. Кроме того, для установления причинно-следственной связи юристом будут использованы и другие важные компоненты: мораль в праве, возможность выполнить указанные действия, причины почему эти действия не были выполнены, возможность развития иного (благоприятного) исхода и его вероятность.

Кроме того, экспертиза, в соответствии с федеральным законом 73-ФЗ, проводится на строго научной и практической основе, в пределах соответствующей специальности. Существует большое количество научных работ по установлению причинно-следственной связи между бездействием медицинского работника и наступлением последствий в юриспруденции. В то же время, научную основу медицинского учения о причинно-следственной связи составляет учение об этиологии и патогенезе.

Вот почему, работа экспертной комиссии заканчивается на этапе констатации дефектов оказания медицинской помощи из категории бездействия, также эксперты высказываются о возможности иного исхода при правильном и своевременном лечении, то есть устанавливают лишь часть компонентов для определения причинно-следственной связи в преступлении.

С медицинской точки зрения, между «тем, чего не было» (дефектом медпомощи из категории бездействия) и наступившими последствиями прямой причинно-следственной связи быть не может. Отсутствие в настоящее время научной медицинской базы для установления причинно-следственной связи между бездействием медицинского работника и наступлением последствий, относит подобные экспертные случаи к ошибкам.

Ошибкой является попытка ухода экспертов от ответа на вопрос о виде причинно-следственной (прямая или косвенная). В судебной медицине выделяют два вида причинно-следственной связи: прямая и косвенная. В юриспруденции же выделяют только прямую причинно-следственную связь и ее отсутствие. Это расхождение в науке вызывает постоянные дискуссии в практике. Большинство судебно-медицинских экспертов отвечают на вопрос о наличии или отсутствии прямой причинно-следственной связи. Но некоторые судебно-медицинские эксперты, из-за участившейся критики от медсообщества и от правоохранительных органов, пытаются использовать в своих заключениях обтекаемые формулировки и указывают наличие причинно-следственной связи, но оставляют за скобками ее характер. Такая тактика часто ведет к назначению повторных экспертиз, так как суд и следствие усматривают противоречие между выводами о наличии причинно-следственной связи в первой экспертизе и отсутствием прямой причинно-следственной связи в дополнительной экспертизе.

Частая ошибка – это установление так называемой **«коллективной» причинно-следственной связи.** Если пациент лечился в нескольких медицинских организациях, выявлено много дефектов, допущенными разными врачами, а эксперты указывают, что

между всеми дефектами оказания медицинской помощи и наступившими последствиями имеется прямая причинно-следственная связь. Такой подход неверен. Необходимо указывать конкретный дефект и наличие/отсутствие связи между ним и наступлением смерти, так как связь всегда должна устанавливаться между конкретным дефектом оказания медпомощи и наступлением последствий.

Ошибкой считается **установление двойных-тройных прямых причинно-следственных связей**. Например, если сначала расследуется уголовное дело по факту производственной травмы и в экспертизе указано, что смерть пациента наступила от сочетанной травмы, а затем расследуется уголовное дело в отношении врачей и, оказывается, что между действиями врачей и наступлением последствий тоже имеется прямая причинно-следственная связь – это ошибка. Смерть человека может быть обусловлена только одной причиной. Если эта причина является сочетанием факторов, то причинно-следственная связь между одним из компонентов никогда не будет прямой.

Подобные ошибки, допущенные судмедэкспертами, могут иметь самые плачевные последствия для врачей. Примеры из реальной судебной практики наглядно это демонстрируют. Один из показательных случаев – суд по делу о смерти ребенка, который проходил лечение в четырех медицинских организациях. Суд инициировал назначение экспертизы. Судмедэксперты установили, что в трех из четырех медучреждений были допущены дефекты оказания медицинской помощи. После того, как эксперты подробно перечислили все дефекты оказания медицинской помощи, они записали в выводах: *«указанные дефекты позволяют установить прямую причинно-следственную связь между необоснованно длительным применением препарата «Конвулекс» и отсутствием контроля за развитием его побочного действия и несвоевременной госпитализации пациента, приведшего к осложнениям и ставшего непосредственно причиной смерти»*.

Это типичная экспертная ошибка – установлена так называемая «коллективная» причинно-следственная связь. В этой ситуации виновным был назначен один участковый педиатр, который работал в третьей медицинской организации (препарат был назначен в первой медицинской организации и отменен в четвертой) и к педиатру пациент обращался всего лишь один раз. Врач был осужден с лишением права заниматься медицинской деятельностью в течение двух лет.

Еще пример ошибки экспертов из реальной судебной практики – установление двойной причинно-следственной связи. Молодой мужчина поступил на плановую операцию на ухе в военном госпитале. Операция прошла успешно, пациент был переведен в палату пробуждения. Но в госпитале сэкономили на кадрах, поэтому в палате пробуждения вместо медсестры-анестезиста использовали солдат-срочников, стараясь подбирать их с медобразованием. Однако солдат-срочник с медицинским образованием ушел на обед, оставив вместо себя с пациентом солдата без медицинского образования. Пациент на этот момент уже проснулся, был экстубирован, не был подключен к единственному в палате аппарату ИВЛ на котором имелся монитор жизненно важных функций, который уже ожидал следующего пациента из операционной.

Пациент оказался без мониторингового наблюдения и под наблюдением немедицинского сотрудника. Произошла остановка дыхания, несмотря на реанимационную помощь, гипоксия головного мозга была уже критической и у пациента развилось вегетативное состояние.

Следствие рассматривало вопрос виновности врача-реаниматолога-анестезиолога, который должен был следить за пациентом. Экспертная комиссия указала, что между отсутствием постоянного непрерывного визуального и мониторингового наблюдения за состоянием дыхания и кровообращения у пациента и развившейся гипоксией имеется

прямая причинно-следственная связь. Следствием была назначена дополнительная судебно-медицинская экспертиза, где один из вопросов был о том, имела ли прямая причинно-следственная связь между избыточным введением препаратов для анестезии и наступлением последствий?

Экспертная комиссия еще в первой экспертизе указала, что имело место задвоение препаратов и избыточное их введение. И на этот вопрос ответила: «между введенной анестезией, остаточным ее действием и развитием посленаркозной депрессии, либо повторным засыпанием, которые привели к гипоксии, имеется прямая причинно-следственная связь».

Таким образом, эксперты указали две причины повторного засыпания и последующей гипоксии – избыточная анестезия и недостаток оказания медицинской помощи в палате пробуждения в виде отсутствия мониторингового наблюдения. И первая и вторая причина, привели к одному и тому же последствию – гипоксии головного мозга. Но если две причины в сочетании друг с другом приводят к одному последствию, то в этом случае связь между одним явлением и наступлением последствий дне может быть прямой. Однако отсутствие прямой причинно-следственной связи между действиями врача и наступлением последствий у пациента доказать суду не удалось, доктор был осужден.

Без дефекта нет вреда

В действующих нормативно-правовых документах определение вреда здоровью звучит следующим образом – «под вредом, причиненным здоровью человека, понимается нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психогенных факторов внешней среды.

Обратим внимание на формулировку – «вред, причиненный здоровью человека». Законодатель изначально в это понятие уже заложил только действие. И в определении вреда, причиненного здоровью, бездействие не указано, поэтому бездействие с точки зрения актуальных нормативно-правовых документов, регламентирующих определение вреда здоровью – не расценивается как вред, причиненный здоровью человека.

Вред, причиненный здоровью человека дефектами оказания медицинской помощи, устанавливается по следующей схеме. Сначала судмедэксперты должны установить, что медицинская помощь была оказана неправильно, то есть, имелись дефекты оказания медицинской помощи. Далее дефекты делятся на две группы. Дефекты бездействия не рассматриваются при установлении вреда экспертами, потому что они не подпадают под определение вреда здоровью. А вот с дефектами действия эксперты начинают работу. Каждый из этих дефектов рассматривается с точки зрения того, подпадают ли он под определение вреда, причиненного здоровью. И только если ответ положительный, то производится оценка по степени тяжести вреда здоровью в соответствии с медицинскими критериями, перечисленными в приказе Минздравсоцразвития России 194н.

Напомним, что с точки зрения судебно-медицинской экспертизы классическим вариантом вреда, причиненного здоровью, является повреждение органа или другой анатомической структуры при каких-либо манипуляциях - при оперативном лечении или при диагностических процедурах. Но **главным условием является не только само повреждение, но и нарушение правил техники манипуляции.** Если медицинская манипуляция выполнена правильно, но из-за особенностей пациента, из-за индивидуальной чувствительности к препаратам произошла реализация риска, который есть у каждого оперативного или инвазивного диагностического вмешательства, в такой

ситуации речь не идет о дефекте оказания медицинской помощи и априори не идет о вреде, причиненном здоровью человека.

Более редким дефектом в практике СМЭ является назначение противопоказанных лекарственных препаратов, либо, когда речь идет о передозировке лекарственного препарата. Например, у одного пациента на истории болезни было отмечено «аллергия на анальгин». Когда в послеоперационном периоде у него развилась лихорадка, дежурные медработники сделали ему укол литической смеси с анальгином. Пациент умер от анафилактического шока. Учитывая, известные данные о наличии у пациента аллергии, введение анальгина было ему противопоказано, поэтому расценено экспертами как дефект оказания медицинской помощи, а затем определен вред, причиненный здоровью человека.

Отдельно стоит остановиться на проведении непоказанных пациенту операций. В этой ситуации нельзя слепо полагаться на информированное добровольное согласие пациента на проведение операции. Да, пациент согласился на операцию, но план лечения ему предлагал врач. Пациент доверяет врачу как специалисту и в данном случае не может самостоятельно принять решение из-за асимметрии медицинской информации. И если врач заявил, что другое лечение, другие методы (более щадящие) уже не помогут и нужно решать вопрос радикально, то больной соглашается на нее, потому хочет сохранить свое здоровье. Если в ходе экспертизы будет установлено, что не было показаний к этой операции, то экспертная комиссия оценит это как вред, причиненный здоровью.

Экспертные ошибки при оценке вреда, причиненного здоровью человека

Ошибки экспертов при определении вреда, причиненного здоровью человека весьма распространены и важно их вовремя заметить и обратить внимание суда.

Вот несколько примеров из реальной судебной практики.

При родах имела место дистоция плечиков плода. Врач акушер-гинеколог применил пособие по Цовьянову, родился живой доношенный ребенок. Однако у ребенка сразу после рождения диагностировали перелом плеча и мать обратилась с заявлением в правоохранительные органы, указывая, что ребенку сломали руку во время родов. Была назначена СМЭ и врач районного судебно-медицинского отделения установил тяжкий вред, причиненный здоровью человека. Врачи клинических специальностей к экспертизе не привлекались. Но судмедэксперт забыл главное правило – первоначально он должен был установить дефект оказания медицинской помощи, чего он не сделал и сделать это единолично, без врача акушера-гинеколога не мог. Была назначена комиссия экспертная, в составе которой уже был акушер-гинеколог и врач-неонатолог. Экспертами было установлено, что пособие по Цовьянову применено верно, удалось избежать у ребенка развития гипоксии головного мозга, также было выяснено, что у ребенка была остеопения, то есть, хрупкость костей.

Эксперты установили, что акушер-гинеколог действовал правомерно и целью его было спасение жизни, и в такой ситуации мог произойти перелом плеча. Комиссия по СМЭ пришла к выводу, что дефекта оказания медицинской помощи не было, соответственно, не усматривается оснований для квалификации вреда, причиненного здоровью человека.

Другой пример экспертной ошибки при установлении вреда – мужчина 50 лет почувствовал боли в области сердца и вызвал «скорую медицинскую помощь». Доктор не нашла оснований для госпитализации и уехала. Однако, затем врач подняла амбулаторную карту больного, пересмотрела предыдущие пленки ЭКГ, посоветовалась с коллегами и направила машину для госпитализации. К моменту, когда приехала машина «скорой помощи», пациент уже умер. Причина смерти – атеросклеротическая болезнь сердца.

Судмедэксперты указали дефекты оказания медицинской помощи: неполное обследование, неправильная диагностика, неправильная тактика лечения – отсутствие госпитализации. И в выводах указали, что *«острый коронарный синдром у этого пациента, осложнившийся в условиях дефектов оказания медицинской помощи развитием острой сердечной недостаточности, был опасным для жизни и поэтому расценивается как тяжкий вред здоровью»*. Но неправильная диагностика, тактика лечения и обследования у другого пациента, не имеющего атеросклеротической болезни сердца, не приведет к развитию острой сердечной недостаточности. Эти дефекты не могут вызвать само заболевание. Поэтому в данном случае не может быть прямой причинно-следственной связи между выявленными дефектами и вредом здоровью. Развитие острой сердечной недостаточности было обусловлено самим текущим заболеванием, а не указанными дефектами. То есть заболевание (атеросклеротическая болезнь сердца) вызвала развитие острой сердечной недостаточности тяжелой степени, то есть причинила тяжкий вред здоровью пациента, а не дефекты оказания медицинской помощи, которые сами по себе не вызвали вредных последствий, но не смогли предотвратить развитие этих последствий, обусловленных заболеванием.

Более подробную информацию по актуальным юридическим вопросам Вы можете получить на бесплатном образовательном он-лайн курсе для медицинских работников по вопросам права <https://www.vrachprav-nmp.ru>