

Министерство здравоохранения Московской области
ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
КАФЕДРА анестезиологии и реанимации ФУВ
Московское областное региональное отделение
ООО «Федерация анестезиологов и реаниматологов»



6-7 апреля
2023 года

Ссылка: <https://events.webinar.ru/20020337/060423conf>

Всероссийская
научно-практическая
конференция

**«Избранные вопросы
анестезиологии, реаниматологии
и интенсивной терапии»**

**Юридические аспекты
анестезиологии-реаниматологии:
обзор актуальной судебной практики системы ОМС**

Старченко А.А., д.м.н., профессор,
советник генерального директора «Капитал МС»

Москва
07.04.2023 г.



Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 августа 2022 г. N 530н

"Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения"

1. Утвердить:

учетную форму N 001/у "**Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях**", в условиях дневного стационара" согласно [приложению N 1](#) к настоящему приказу;

учетную форму N 003/у "**Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара**" согласно [приложению N 3](#) к настоящему приказу;

2. Медицинские организации в соответствии с [порядком](#) организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации **в форме электронных документов, применяют учетные формы и порядки их ведения, утвержденные настоящим приказом, с 1 марта 2025 г.**

3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 марта 2023 г. и действует 6 лет со дня его вступления в силу.

УЧЕТА ПРИЕМА ПАЦИЕНТОВ И ОТКАЗОВ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Начат "___" _____ 20__ г.

Окончен "___" _____ 20__ г.

N п/п	Дата поступления	Время поступления (час. мин.)	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Дата рождения (число, месяц, год)	Пол (мужской, женский)	Серия и номер паспорта или иного документа, удостоверяющего личность (при наличии)	Граж- данство	Регистрация по месту жительства	СНИЛС (при наличии)	Полис ОМС	Пациент доставлен (направлен) полицией, выездной бригадой скорой медицинской помощи, другой медицинской организацией, обратился	Номер медицинской карты
----------	---------------------	-------------------------------------	--	---	------------------------------	---	------------------	---------------------------------------	---------------------------	--------------	---	-------------------------------

Диагноз заболевания (состояния), поставленный направившей медицинской организацией, выездной бригадой скорой медицинской помощи (код по МКБ) ¹	Причина и обстоятельства травмы (в том числе при дорожно- транспортных происшествиях), отравления (код по МКБ)	Факт употребления алкоголя и иных психоактивных веществ, установление наличия или отсутствия признаков состояния опьянения при поступлении пациента в медицинскую организацию, дата и время взятия пробы и результаты лабораторных исследований	Отделение медицинской организации, в которое направлен пациент	Исход госпитализации (выписан, переведен в другую медицинскую организацию, умер), дата и время исхода, наименование медицинской организации, куда переведен пациент	Дата и время сообщения законному представителю, иному лицу или медицинской организации, направившей пациента, о госпитализации (отказе в госпитализации) пациента, ее исходе	В случае отказа в госпитализации в стационар, дневной стационар		Дополнительные сведения
						Причина отказа в госпитализации (отказался пациент, отсутствие показаний, помощь оказана в приемном отделении медицинской организации, направлен в другую медицинскую организацию, иная причина)	Фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, зафиксировавшего причину отказа в госпитализации	
15	16	17	18	19	20	21	22	23

Наименование и адрес медицинской
организации (фамилия, имя, отчество (при
наличии) индивидуального
предпринимателя и адрес осуществления
медицинской деятельности) ОГРН
(ОГРНИП)

Код формы по ОКУД _____

Медицинская документация
Учетная форма N 003/y

Утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 5 августа 2022 г. N 530н

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА,
ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА
N _____

Предоперационный осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом

"__" "__" 20__ г. время: __ час. __ мин.

Диагноз:

Основное заболевание: _____

Осложнения основного заболевания: _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях: _____

Сопутствующие заболевания: _____

Дополнительные сведения о заболевании: _____

Жалобы: _____

Особенности анамнеза: _____

аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевая аллергия или иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида аллергической реакции: _____

постоянный прием лекарственных препаратов: _____

наличие имплантированных медицинских изделий: _____

наличие (отсутствие) обструктивного сонного апноэ: _____

Физикальное исследование: _____

состояние вен конечностей: _____

наличие зубных протезов: _____

Результаты медицинского обследования: _____

группа крови __ резус-принадлежность __ антиген K1 системы Kell __

иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии): _____

интерпретация электрокардиографических данных: _____

дата проведения: _____

Дополнительные сведения: _____

Планируемый вид анестезиологического пособия: _____

Премедикация: _____

(наименование лекарственных препаратов, дозы, путь и кратность введения)

Мониторинг жизненно-важных функций организма: _____

Заключение: _____

Оценка операционно-анестезиологического риска: _____

Прогностическая оценка трудности интубации: _____

Рекомендации: _____

(дополнительное обследование, консультации врачей-специалистов)

Назначение: _____

Врач-анестезиолог-реаниматолог: _____

фамилия, имя, отчество (при наличии) _____ подпись _____

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ

"__" "__" 20__ г.

(дата составления)

Сведения о пациенте:

фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Дата рождения "__" "__" 20__ г.

Дата и время поступления: "__" "__" 20__ г. время: __ час. __ мин.

Диагноз: _____

Основное заболевание: _____

Осложнения основного заболевания: _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях: _____

Сопутствующие заболевания: _____

Дополнительные сведения о заболевании: _____

Особенности анамнеза: _____

аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевая аллергия или иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида аллергической реакции: _____

постоянный прием лекарственных препаратов: _____

наличие имплантированных медицинских изделий: _____

Физикальное исследование, локальный статус: _____

Результаты медицинского обследования: _____

Дополнительные сведения: _____

Обоснование необходимости проведения оперативного вмешательства (операции), медицинские показания, планируемое оперативное вмешательство (операция), планируемый вид анестезиологического пособия: _____

Сведения о наличии информированного добровольного согласия на оперативное вмешательство (операцию): _____

фамилия, имя, отчество (при наличии) оперирующего врача, должность, специальность _____

подпись _____

ПРОТОКОЛ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ОПЕРАЦИИ)

Сведения о пациенте:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____
 Дата рождения: " ____ " ____ 20 ____ г.
 Дата и время начала оперативного вмешательства (операции):
 " ____ " ____ 20 ____ г. ____ час. ____ мин.
 Дата и время окончания оперативного вмешательства (операции):
 " ____ " ____ 20 ____ г. ____ час. ____ мин.
 Продолжительность оперативного вмешательства (операции): ____ час. ____ мин.
 Наименование оперативного вмешательства (операции): _____
 Код согласно номенклатуре медицинских услуг: _____
 Диагноз до оперативного вмешательства (операции): _____
 Основное заболевание _____
 Осложнения основного заболевания _____
 Внешняя причина при травмах, отравлениях _____
 Сопутствующие заболевания _____
 Дополнительные сведения о заболевании _____

Премедикация (наименование лекарственных препаратов, лекарственная форма, дозировка, способ введения): _____

Группа крови _____ резус-принадлежность _____ антиген K1 системы Kell _____
 иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии) _____
 Степень риска оперативного вмешательства (операции): _____
 План оперативного вмешательства (операции): _____
 Описание оперативного вмешательства (операции): _____

Осложнения, возникшие в ходе оперативного вмешательства (операции): _____

Использование медицинских изделий (оборудования) (эндоскопическое, лазерное, криогенное, рентгеновское, иное): _____

Подсчет операционного материала: инструменты _____ салфетки _____
 Кровопотеря во время оперативного вмешательства (операции), мл. _____
 Вид анестезиологического пособия: _____
 Диагноз после оперативного вмешательства (операции): _____
 Основное заболевание _____
 Осложнения основного заболевания _____
 Внешняя причина при травмах, отравлениях _____
 Сопутствующие заболевания _____
 Дополнительные сведения о заболевании _____
 Имплантированные медицинские изделия: _____
 Назначения: _____

Операционный материал, взятый для проведения морфологического исследования: _____

Операционный материал направлен: _____
 Персонал, участвующий при проведении оперативного вмешательства (операции) (фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, подпись): _____
 состав оперирующей бригады:
 оперирующий врач _____
 ассистирующий врач _____
 операционная медицинская сестра _____
 состав бригады анестезиологии-реанимации:
 врач-анестезиолог-реаниматолог _____
 медицинская сестра-анестезист _____

Сведения о пациенте:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____
 Масса тела _____ кг, рост _____ см.
 Группа крови _____ резус-принадлежность _____ антиген K1 системы Kell _____
 иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии) _____
 Сведения об оперативном вмешательстве (операции): _____
 Наименование оперативного вмешательства (операции): _____
 Длительность: операции: часов _____ минут _____; анестезиологического пособия: часов _____ минут _____
 Операция: плановая - 1, экстренная - 2. Положение на операционном столе: _____

Премедикация (наименование лекарственных препаратов, дозы, путь и кратность введения): _____
 Операционно-анестезиологический риск: _____
 Мониторинг жизненно-важных функций организма: _____

(сердечный ритм, артериальное давление, частота сердечных сокращений, частота дыхательных движений, термометрия, SpO2)

Способ проведения анестезиологического пособия: _____

Вводный наркоз (используемые препараты, режим дозирования): _____
 Путь введения анестетика: _____
 (особенности проведения анестезиологического пособия)

Интубация: _____
 (в том числе с использованием эндоскопического оборудования):
 назотрахеальная, оротрахеальная, трахеостомическая, иное)
 Интубационная трубка номер: _____
 Газовый состав дыхательной смеси: _____

_____, литров в минуту _____; _____, литров в минуту _____; испаряемый анестетик (название) _____, об. % _____.

Наркозный аппарат (производитель, марка): _____
 Параметры искусственной вентиляции легких (ИВЛ):
 дыхательный объем (ДО), мл. _____;
 минутный объем дыхания (МОД), л/мин. _____;
 пиковое давление, см. водного столба _____;
 особенности искусственной вентиляции легких (ИВЛ) (указать параметры): _____

Базовый период наркоза: _____
 Пробуждение: _____

(на операционном столе; в палате пробуждения; в отделении анестезиологии - реанимации)

Особенности пробуждения: _____
 Оценка по шкале пробуждения: _____
 Сознание, самостоятельное дыхание восстановлены в полном объеме: _____
 Декураризация (не приводилась, проводилась): _____
 Переведен: _____
 Дата, время перевода: " ____ " ____ 20 ____ г. время: ____ час. ____ мин.
 Нуждается в продленной респираторной поддержке: _____
 Гидробаланс (по состоянию пациента): кровопотеря _____ мл.;
 гемотрансфузия _____ мл.;
 коллоиды _____ мл.; кристаллоиды _____ мл.; диурез _____ мл.
 фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись
 врач-анестезиолог-реаниматолог _____
 врач-специалист, принявший пациента после проведенного
 анестезиологического пособия _____

КАРТА ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ

Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____
 Масса тела _____ кг, рост _____ см.
 Группа крови _____ резус-принадлежность _____ антиген K1 системы Kell _____
 иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии) _____
 Название оперативного вмешательства (операции): _____
 Длительность: операции: часов _____ минут _____; анестезиологического
 пособия: часов _____ минут _____;
 Наркозный аппарат (производитель, марка): _____
 Дыхательный контур: _____

Дата, время				
Газы:				
Ингаляционный анестетик				
Внутривенно болюсно:				
Внутривенно капельно:				
объем				
ВРЕМЯ				
	ЦВД			
	t°			
35	250			
30	200			
ЧДД 25	АД 150			
20	ЧСС 100			
15	50			
10	0			

Этап анестезиологического пособия				
Этап операции				
Характеристика дыхания				
Параметры искусственной вентиляции легких указать				
Диурез				
Этапы операции				
I	IV			
II	V			
III	VI			

Отметки этапов проведения анестезиологического пособия: А - премедикация;

Вв - вводный наркоз; Т - интубация; Лв - поворот; Э - экстубация; Д - декураризация; Б - блокада.

Отметки характеристики дыхания: С - спонтанное; В - вспомогательное; П - принудительное.

Регистрируемые параметры жизненно-важных функций организма: насыщение крови кислородом (), углекислый газ (), центральное венозное давление (ЦВД).

По параметрам: частота дыхательных движений (ЧДД), артериальное давление (АД), частота сердечных сокращений (ЧСС) - осуществляется отметка значения, в виде графической метки в промежутке времени регистрируемого параметра жизненно-важных функций организма.

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, подпись
 врач-анестезиолог-реаниматолог _____
 медицинская сестра-анестезист _____

ЛАБОРАТОРНЫЙ МОНИТОРИНГ ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОВИЯ, ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Параметры	Дата, время											
КРОВЬ												
гемоглобин												
гематокрит												
эритроциты												
лейкоциты												
тромбоциты												
K+												
Na+												
Cl-												
железо												
глюкоза												
осмолярность												
Свертываемость, секунд (минут)												
Протромбиновое время (секунд)												
АЧТВ (секунд)												
КОС												
источник - артерия (а), вена (в), капилляр(к)												
РН												
BE												
МОЧА												
суточное кол-во												
удельный вес												
H												
Na+												
K+												
Cl-												
мочевина												
белок												
осмолярность												
креатинин												

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись
врач-анестезиолог-реаниматолог _____
медицинская сестра-анестезист _____

КАРТА ПРОВЕДЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____
Дата рождения: "____" _____ 20____ г.
Масса тела: _____ кг, рост _____ см.
Группа крови _____ резус-принадлежность _____ антиген K1 системы Kell _____
иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии) _____
Диагноз: _____
Основное заболевание _____
Осложнения основного заболевания _____
Внешняя причина при травмах, отравлениях _____
Сопутствующие заболевания _____
Дополнительные сведения о заболевании _____
Аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевая аллергия или
иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида
аллергической реакции: _____

Дата				
День пребывания				
Время				
	температура тела, С°			
35	250			
30	200			
ЧДД 25	АД 150			
20	ЧСС 100			
15	50			
10	0			

Диурез, мл.				
Дренажи				
Характеристика дыхания				
Индекс оксигенации				
Оценка уровня сознания по шкале Глазго				
Оценка степени тяжести состояния				
Введено:				
внутривенно капельно:				
внутривенно болюсно:				
принято внутрь:				
Гидробаланс				

По параметрам: частота дыхательных движений (ЧДД), артериальное давление (АД), частота сердечных сокращений (ЧСС) - осуществляется отметка значения, в виде графической метки в промежутке времени регистрируемого параметра.
Дополнительная информация (при наличии)

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, подпись
врач-анестезиолог-реаниматолог _____
медицинская сестра-анестезист _____

ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЙ И ИХ ВЫПОЛНЕНИЕ

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____ Дата рождения _____
 " _____ г.
 N медицинской карты _____ N палаты _____
 Диагноз _____ (основное заболевание): _____

Аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевая аллергия или иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида аллергической реакции: _____

Лекарственный препарат (наименование, лекарственная форма, дозировка, способ введения (применения), лечебное питание, режим)	Дата назначения; подпись лечащего врача (врача-специалиста), сделавшего назначение	Дата отмены; подпись лечащего врача (врача-специалиста), отменившего назначение	Отметки об исполнении назначения лекарственного и время исполнения, подпись медицинского (время, дата)				
ИСТ РЕГИСТРАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА							
Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____, возраст _____, рост пациента, см _____							

Сутки пребывания в стационаре, дневном стационаре			
Дата			
Время			
Температура тела, (C°)			
выше 41			
40-40,9			
39-39,9			
38-38,9			
37-37,9			
36-36,9			
35-35,9			
ниже 35			
Частота дыхания			
, %			
Масса тела (кг)			
Выпито жидкости (мл)			
Введено жидкостей (в мл) парентерально			
Суточный объем мочи (мл)			
Стул			

ПОСМЕРТНЫЙ ЭПИКРИЗ

Наименование медицинской организации (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность), ОГРН (ОГРНИП): _____

Наименование отделения (структурного подразделения): _____
 Номер медицинской карты _____

Сведения о пациенте:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____ Пол _____

Регистрация по месту жительства:

субъект Российской Федерации _____ район _____ город _____

населенный пункт _____ улица _____ дом _____

строение/корпус _____ квартира _____

Регистрация по месту пребывания:

субъект Российской Федерации _____ район _____ город _____

населенный пункт _____ улица _____ дом _____

строение/корпус _____ квартира _____

Поступил: в стационар - 1, в дневной стационар - 2

Период нахождения в стационаре, дневном стационаре: с " _____ " _____ 20 ____ г.

время: _____ час. _____ мин. по " _____ " _____ 20 ____ г. время: _____ час. _____ мин.

Количество дней нахождения в медицинской организации _____

Дата и время наступления смерти: " _____ " _____ 20 ____ г. время: _____ час. _____ мин.

Форма оказания медицинской помощи: плановая - 1, экстренная - 2 (указать)

Дополнительные сведения о пациенте и госпитализации: _____

Заключительный клинический диагноз [посмертный]: _____

Основное заболевание _____ код по МКБ _____

Осложнения основного заболевания _____ код по МКБ _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____ код по МКБ _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Состояние при поступлении: _____

Проведенные обследования, лечение, медицинская реабилитация: _____

Осмотры врачей-специалистов, консилиумы врачей, врачебные комиссии: _____

Результаты медицинского обследования: _____

Применение лекарственных препаратов (включая химиотерапию, вакцинацию), медицинских изделий, лечебного питания: _____

Трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов: _____

Оперативные вмешательства (операции), включая сведения об анестезиологическом пособии: _____

Медицинские вмешательства: _____

Дополнительные сведения: _____

Обстоятельства смерти: _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, подпись лечащий врач _____

заведующий отделением _____

" _____ " _____ 20 ____ г. _____ час. _____ мин.

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 15 июля 2020 года N 1827-р

О создании федерального государственного
казенного учреждения

"Судебно-экспертный центр Следственного
комитета Российской Федерации"

24 ИЮЛЯ 2020 ГОДА В Москве состоялось
торжественное открытие Федерального
государственного казенного учреждения
(ФГКУ) «Судебно-экспертный
центр Следственного комитета Российской
Федерации (СКР)». Оно приурочено ко Дню
сотрудников органов следствия. Об этом в
пятницу, 24 июля, сообщает пресс-служба
ведомства.

Председатель СКР Александр
Бастрыкин подчеркнул важность события,
отметив, что специалистами ежегодно
проводится порядка 30 тысяч экспертиз и
исследований, результаты которых зачастую
решают судьбу резонансных и сложных в
раскрытии преступлений. Глава ведомства
выразил уверенность, что экспертная служба
СК России будет развиваться, расширять
спектр проводимых ею исследований.

КАПИТАЛ
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

КОПИЯ
Экз. № 40
Для служебного пользования
Экз № 1

СЛЕДСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

14.09.2022 № 84/220рсп

Москва

Об организации назначения судебных экспертиз по материалам проверок и уголовным делам о преступлениях, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи гражданам

Руководствуясь статьей 13 Федерального закона от 28.12.2010 № 403-ФЗ «О Следственном комитете Российской Федерации» и подпунктом 8 пункта 43 Положения о Следственном комитете Российской Федерации, утвержденного Указом Президента Российской Федерации от 14.01.2011 № 38 «Вопросы деятельности Следственного комитета Российской Федерации»,

О Б Я З Ы В А Ю:

1. Руководителей следственных подразделений центрального аппарата Следственного комитета Российской Федерации, следственных органов Следственного комитета по субъектам Российской Федерации и приравненных к ним специализированных (в том числе военных) следственных управлений и следственных отделов исключить назначение судебных экспертиз по материалам проверок и уголовным делам о преступлениях, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи гражданам, в судебно-медицинские экспертные учреждения, подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации.
2. Контроль за исполнением распоряжения оставляю за собой.

Председатель Следственного комитета
Российской Федерации

генерал юстиции
Российской Федерации

А.И. Бастрыкин

Следственный комитет России
Федерации
№84/220рсп

РС 0046407



В НОМЕРЕ:

ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ
ХИРУРГИЯ

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ

ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

КАРДИОЛОГИЯ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ,

ОРГАНИЗАЦИЯ И СОЦИОЛОГИЯ

ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

№ 1 2023
ТОМ СХХII



СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНЫЙ ЦЕНТР СЛЕДСТВЕННОГО КОМИТЕТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ – НОВЫЙ СУБЪЕКТ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СИСТЕМЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ



СПИРИДОНОВ В.А.,

д.м.н., доктор, руководитель
отдела судебно-медицин-
ских исследований ФСКУ
«Судебно-экспертный центр
Следственного комитета
Российской Федерации», за-
ведующий кафедрой судеб-
ной медицины ФГБОУ ВО «Казанский государ-
ственный медицинский университет» Минздрава
России, spiridonov@yandex.ru



АНИСИМОВ А.А.,

аспирант кафедры судеб-
ной медицины ФГБОУ ВО
«Казанский государственный
медицинский университет»
Минздрава России, старший
преподаватель кафедры не-
отложной медицинской помощи и симуляционной
медицины Института фундаментальной медицины
и биологии ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский)
федеральный университет», aa.anisimov@yandex.ru

В статье описана история формиро-
вания и развития судебно-медицин-
ского отдела в системе Следственно-
го комитета Российской Федерации.
Представлены результаты деятель-
ности отдела в уголовном процессе,
в частности, при расследовании дел,
связанных с ненадлежащим оказани-
ем медицинской помощи. Определено
место отдела в отечественной системе
судебно-медицинской деятельности.

Ключевые слова: комиссия по судебно-
медицинским экспертизам, дефекты оказа-
ния медицинской помощи.

**THE FORENSIC SCIENCE CENTER
OF THE INVESTIGATION COMMITTEE
OF THE RUSSIAN FEDERATION
AS A NEW SUBJECT
IN THE NATIONAL FORENSIC SYSTEM**

Spiridonov V., Anisimov A.

The article deals with the history of the
formation and development of the Forensic
Department in the system of the Investi-
gation Committee of the Russian Federation.
The authors presented the results of the De-
partment's activities in the criminal process,
in particular, in the investigation of cases re-
lated to inadequate medical care. The place of
the Department in the national forensic sys-
tem was discussed.

Key word: board forensic medical examina-
tion, medical care defects.

Введение

Более 100 лет судебно-медицинская
служба России функционирует как неотъ-
емлемая часть государственной системы
здравоохранения. В связи с резким падени-
ем медико-санитарного обеспечения насе-
ления после революции 1917 г. в стране были
созданы медико-санитарные отделы, лечеб-
ные колонии и чушь покоев, в 1918 г., Наро-
дный комиссариат здравоохранения РСФСР,
в ведение которого среди прочего вошла и
организация судебно-медицинской деятель-
ности. Исследованию истории становления
судебно-медицинской службы России и ре-
гионов сегодня посвящены многочисленные
исследования [1–7].

Приказ Минздрава РСФСР № 643 от
14 июля 1951 г. закрепил деятельность
судебно-медицинских экспертов в рамках
государственных учреждений здравоохра-
нения особого типа – бюро судебно-ме-
дицинской экспертизы (БСМЭ), сформировав
тем самым практическую сеть региональных
БСМЭ в соответствии с административно-
территориальным делением страны [8–9].

Эффективность и правильность такого
подхода долгое время не вызвали сомне-
ний. Однако в последние годы, ввиду по-
вышения правовой грамотности населения и
стремительного развития рыночных отно-
шений, традиционная модель всё больше
стала подвергаться критике: как со сторо-
ны граждан, так и со стороны профессио-
нальных юридических и медицинских со-
обществ [10–13].

Вместе с тем в России из года в год рас-
тет количество обращений и правоохра-
нительные органы с жалобами на неправо-
мерные исходы оказания медицинской
помощи. Так, число жалоб в Следственный
комитет России (СКР) в отношении ме-
дицинского персонала в 2012 г. составляло
2 100, в 2016 г. – 4 947, в 2017 г. – 6 050, в
2018 г. – 6 623, в 2019 г. – 6 599, в 2020 г. –
5 452. Возбуждено уголовных дел, соответ-
ственно, 3 111, 878, 1 791, 2 229, 2 168, 1 639.
В 2021 г. по факту 6 248 жалоб было воз-
буждено 2 095 (33%) уголовных дел. Таким
образом, в среднем уголовные дела сле-
дователи возбуждают примерно в одной трети
случаев, а в остальных случаях всё заверша-
ется на уровне материальных проверок.

В суд в 2021 г. было передано 176 дел в
отношении медицинских работников, что
составляет 2,8% от количества поступивших
сообщений, или 8,4% от количества возбу-
жденных дел. В 79% случаев уголовные дела
были переданы в суд с обвинениями в адрес
медицинских работников по статьям «при-
чинение смерти по неосторожности» (ч. 2 ст.
109 УК России) и «причинение тяжкого
вреда по неосторожности» (ч. 2 ст. 118
УК России). Были предъявлены обвинения

Основными задачами судебно-медицин-
ских экспертов СЭЦ СК России являются:
- проведение комиссионных СМЭ с ак-
центом на неблагоприятные исходы оказа-
ния медицинской помощи, так как подоб-
ные экспертизы наиболее востребованы
следствием;

- участие в следственных действиях,
в том числе опросах/допросах медицин-
ских работников, организаторов здраво-
охранения;

- консультативная помощь следова-
телям как при назначении экспертиз, так и
при их оценке;

- участие в организационно-методиче-
ское обеспечение эксгумаций.

Всего за 2021 г. экспертами СЭЦ СК
России было выполнено 308 комиссион-
ных (комплексных) судебно-медицинских
экспертиз в рамках уголовных дел и мате-
риалов проверок. В 79% случаев это были
экспертизы, связанные с ненадлежащим
оказанием медицинской помощи. Одним из
критериев отбора на выполнение экспер-
тизы в СЭЦ СК России являлось наличие
значимых противоречий в выводах ранее
проведенных не менее 2-х комиссионных
экспертиз по данному уголовному делу. Од-
новременно с этим отмечались случаи на-
значения первичной КСМЭ по ходатайству
потерпевшей стороны из-за отказов регио-
нальных БСМЭ от проведения экспертизы
или «недоверия к экспертам государствен-
ных учреждений здравоохранения».

Самыми частыми были экспертизы по
следующим медицинским специальностям:
акушерство-гинекология, хирургия, анесте-
зиология-реаниматология.

«О практике применения судами норм о компенсации морального вреда»

12. В случаях, предусмотренных законом, компенсация морального вреда осуществляется независимо от вины причинителя вреда ([пункт 1 статьи 1070](#), [статья 1079](#), [статьи 1095](#) и [1100](#) ГК РФ).

15. Причинение морального вреда потерпевшему в связи с причинением вреда его здоровью во всех случаях предполагается, и сам факт причинения вреда здоровью, в том числе при отсутствии возможности точного определения его степени тяжести, является достаточным основанием для удовлетворения иска о компенсации морального вреда.

24. По общему правилу, моральный вред компенсируется в денежной форме . Причинитель вреда вправе добровольно предоставить потерпевшему компенсацию морального вреда как в денежной, так и в иной форме, в оказании какой-либо услуги.

48. **Медицинские организации, медицинские работники государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения обязаны компенсировать моральный вред, причиненный при некачественном оказании медицинской помощи ([статья 19](#) и [части 2, 3 статьи 98](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации").**

Разрешая требования о компенсации морального вреда, причиненного вследствие некачественного оказания медицинской помощи, суду надлежит, в частности, установить:

- были ли приняты при оказании медицинской помощи пациенту все необходимые и возможные меры для его своевременного и квалифицированного обследования в целях установления правильного диагноза,
- соответствовала ли организация обследования и лечебного процесса установленным порядкам оказания медицинской помощи, стандартам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения),

- повлияли ли выявленные дефекты оказания медицинской помощи на правильность проведения диагностики и назначения соответствующего лечения,
- повлияли ли выявленные нарушения на течение заболевания пациента (способствовали ухудшению состояния здоровья, повлекли неблагоприятный исход) и, как следствие, привели к нарушению его прав в сфере охраны здоровья.

При этом на МО - ответчика возлагается обязанность доказать:

- отсутствие вины в оказании медицинской помощи, не отвечающей установленным требованиям,
- отсутствие вины в дефектах такой помощи, способствовавших наступлению неблагоприятного исхода,
- а также отсутствие возможности при надлежащей квалификации врачей, правильной организации лечебного процесса оказать пациенту необходимую и своевременную помощь, избежать неблагоприятного исхода.

На медицинскую организацию возлагается не только бремя доказывания отсутствия своей вины, но и бремя доказывания правомерности тех или иных действий (бездействия), которые повлекли возникновение морального вреда.

49. Требования о компенсации морального вреда могут быть заявлены членами семьи гражданина, если ненадлежащим оказанием медицинской помощи этому гражданину лично им (то есть членам семьи) причинены нравственные или физические страдания.

([Илья Калашников](#), 2021)

Всего с 2015 по 2021 год истцы смогли отсудить у клиник 1,05 млрд руб.

– 0,1% от запрошенной суммы!

В 2018 году пациенты запросили у клиник 1,263 трлн руб.,

а взыскали с медучреждений 288,6 млн руб., т.е. – 0,02% от запрошенных сумм

В 2019 году пациенты запросили у клиник 999,2 млрд. руб. ,

а взыскали с медучреждений 156 млн руб., т.е. – 0.016% от запрошенных сумм

В 2020 году суды первой инстанции рассмотрели 2,5 тыс. исков о защите прав потребителей медицинских услуг на сумму в 1,065 трлн руб.

Из общего объема заявленных пациентами требований в 2020 году судами были удовлетворены иски на сумму в 186,3 млн руб., т.е. – 0,018% от запрошенных сумм

НЕ СЛЕДУЕТ БОЯТЬСЯ ВОЗМЕЩЕНИЯ ВРЕДА

В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ!

СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ УГОЛОВНОГО СУДОПРОИЗВОДСТВА

ДЛЯ ПОДЧИНЕННЫХ!

Как оформлять соглашение о добровольной компенсации морального вреда по новым разъяснениям Верховного суда



Дмитрий Борисович Гаганов,
юрисконсульт
Ассоциации
организаторов
здравоохранения
в онкологии

СОГЛАШЕНИЕ О ДОБРОВОЛЬНОЙ КОМПЕНСАЦИИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА

г. _____ 202_ г.

(медицинская организация, полное наименование в соответствии с ЕГРЮЛ), зарегистрированное МИФНС _____, свидетельство о внесении сведений в ЕГРЮЛ _____, серия _____, именуемая далее «Причинитель вреда», действующая на основании лицензии № _____, выданной _____ в лице _____, действующего на основании Устава с одной стороны, и _____ (Ф. И. О. пациента), именуемый далее «Потерпевший», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», а по отдельности – «Сторона», заключили во внесудебном порядке настоящее Соглашение о добровольном предоставлении компенсации морального вреда о нижеследующем:

1. Настоящее Соглашение заключено на основании положений главы 59 «Обязательства вследствие причинения вреда» (ст. 1064–1101) и статьи 151 Гражданского кодекса Российской Федерации и протокола заседания подкомиссии по контролю качества медицинской помощи (ПККМП) врачебной комиссии № _____ от _____. (Потерпевший должен присутствовать на комиссии. Сам протокол в виде копии, которую заверили надлежащим образом, прилагают к соглашению. В протоколе отмечают, что медорганизация признала неправомерность своих действий, указывают, в чем выразилось признание. Описывают жалобы пациента и данные объективного обследования. Желательно, чтобы на комиссии присутствовал клинический психолог. Его выводы указывают в резюмирующей части. В протоколе отмечают, что медорганизация и пациент решили прекратить обязательство медорганизации перед пациентом во внесудебном порядке. С этой целью они заключают соглашение о добровольной компенсации. Макет предоставляют пациенту, чтобы он мог ознакомиться, внести изменения и дополнения. Их также фиксируют.)

2. Причинитель вреда признает, что совершил конкретные незаконные действия, а именно _____ (описать в соответствии с протоколом врачебной комиссии), в результате чего было нарушено:

- личное неимущественное право / произошло умаление личного неимущественного блага _____ (описать, какое именно);
- право потребителя медицинских услуг _____ (описать, какое именно).

3. Причинитель вреда признает, что указанными в пункте 2 настоящего Соглашения конкретными незаконными действиями Потерпевшему были причинены нравственные _____ (указать, какие именно) и (или) физические страдания _____ (указать, какие именно), то есть причинен подлежащий компенсации моральный вред.

Правовые вопросы в здравоохранении.- 2023.- №4.- С. 74-79

4. Потерпевший, оценив тяжесть причиненных ему физических и нравственных страданий, которые были испытаны им к моменту подписания настоящего Соглашения и могут быть испытаны в будущем в связи с указанным в пункте 2 настоящего Соглашения неправомерным действием Причинителя вреда и приняв во внимание, в частности:

- существо и значимость тех своих прав и своих нематериальных благ, которым причинен вред, а именно _____;
- характер и степень умаления таких прав и благ (интенсивность, масштаб и длительность неблагоприятного воздействия), которые подлежат оценке с учетом способа причинения вреда, а именно _____;
- последствия причинения ему страданий, определяемые, помимо прочего, видом и степенью тяжести повреждения здоровья, длительностью (продолжительностью) расстройства здоровья, степенью стойкости утраты трудоспособности, необходимостью амбулаторного или стационарного лечения, сохранением либо утратой возможности ведения прежнего образа жизни, а именно _____.

пришел к выводу о том, что сумма компенсации морального вреда, подлежащая взысканию с Причинителя вреда, соразмерная последствиям неправомерного действия и способная компенсировать Потерпевшему перенесенные им физические или нравственные страдания (ст. 151 ГК РФ), будет составлять _____ руб. _____ коп. и должна быть выплачена

ему в срок до _____ следующим способом _____.

5. Причинитель вреда, принимая во внимание пункт 4 настоящего Соглашения, соглашается с произведенной Потерпевшим оценкой размера добровольной компенсации морального вреда и обязуется выплатить Потерпевшему сумму компенсации в указанном в пункте 4 настоящего Соглашения размере в указанный там же срок указанным там же способом.

6. Потерпевший сознает, что в случае предъявления им иска к Причинителю вреда суд вправе взыскать компенсацию морального вреда в его пользу, если исходя из обстоятельств дела, с учетом положений статей 151 и 1101 ГК РФ придет к выводу о том, что добровольная компенсация по настоящему Соглашению, полученная Потерпевшим, не позволяет в полном объеме компенсировать причиненные ему физические или нравственные страдания. В ином случае суд может признать обязательство Причинителя вреда по компенсации морального вреда Потерпевшему исполненным на основании настоящего Соглашения.

7. Настоящее Соглашение вступает в силу с _____ г.

8. В остальном стороны руководствуются действующим законодательством.

9. Адреса и иные реквизиты сторон:

Причинитель вреда _____
Потерпевший _____

Причинитель вреда
Подпись _____

Потерпевший
Подпись _____

Впервые Риск-ориентированный принцип экспертной деятельности утвержден постановлением Правительства РФ от 17.08.2016 г. № 806 «О применении риск-ориентированного подхода при организации отдельных видов государственного контроля»

В настоящее время Риск-ориентированный принцип экспертной деятельности СМО в системе ОМС базируется на постановлении Правительства РФ от 29.06.2021 г. № 1048 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ О ФЕДЕРАЛЬНОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ КОНТРОЛЕ (НАДЗОРЕ) КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ»

Максимальные показатели риска, присвоенные услугам, составляющим медицинскую деятельность в условиях круглосуточного стационара по:

- акушерству и гинекологии – 5293;
- анестезиологии и реаниматологии - 5293;
- нейрохирургии – 5283;
- неонатологии – 5283;
- онкологии - 5293;
- сердечно-сосудистой хирургии – 5293;
- рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению – 5293;
- инфекционным болезням - 4234;
- пульмонологии - 3705;
- кардиологии - 4234;
- эндокринологии - 3705.

Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 51897-2021 (ISO Guide 73:2009) «Менеджмент риска. Термины и определения»

утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 11.11.2021 г. N 1489-ст)

2.1. Риск - влияние неопределенности на достижение поставленных целей: степень достижения запланированного результата (п.21 ст.2 Закона РФ №323-ФЗ).

Влияние неопределенности – отклонение от ожидаемого результата, создающее угрозу.

3.1. Менеджмент риска - скоординированные действия по руководству и управлению организацией в области риска.

4.1. Процесс менеджмента риска: взаимосвязанные действия по сбору и обмену информацией, консультированию, идентификации, анализу, оцениванию, воздействию, мониторингу риска.

4.5.1. Идентификация риска: процесс выявления, определения и описания риска - **независимая экспертиза**.

4.8.2.1. Мониторинг: постоянный (непрерывный) анализ, надзор, критическая оценка, наблюдение за отклонениями от запланированного или требуемого состояния.

4.8.2.6. Аудит менеджмента риска: систематический, независимый и документарный процесс получения фактов о состоянии риска в целях определения эффективности и адекватности менеджмента риска.

В экспертной деятельности СМО по риск-ориентированному принципу следует опираться на

1. Приказ МЗ РФ от 31.07.2020 г. N 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

2. Практические рекомендации Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике и стационаре). Версия 2

Минздравом России и Росздравнадзором выделен Базовый перечень направлений внутреннего контроля, связанных с риском для пациента и, следовательно, значимый для экспертной деятельности СМО:

Лекарственная безопасность. Фармаконадзор;

Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий;

Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами;

Организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений;

Эпидемиологическая безопасность. **Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;**

Преемственность организации медицинской помощи. Передача ответственности за пациента.

Организация экстренной и неотложной помощи.

Диспансерное наблюдение за хроническими больными.

Соответствие оказываемой медицинской помощи клиническим рекомендациям (протоколам лечения)

4. Эпидемиологическая безопасность

(профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП))

4.10. В медицинской организации обеспечивается эпидемиологическая безопасность при инвазивных вмешательствах, в том числе оперативных вмешательствах

4.10.1. Организация проведения инвазивных вмешательств

4.10.1.1. **Наличие алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) инвазивных вмешательств, включая:**

- Катетеризации периферических сосудов (включая этапы постановки катетера, ухода за катетером, ухода за повязкой, смены и удаления катетера, антибиотикопрофилактики)
- **Катетеризации центральных сосудов (включая этапы постановки катетера, ухода за катетером, ухода за повязкой, смены и удаления катетера, антибиотикопрофилактики)**
- Катетеризации мочевого пузыря (включая этапы постановки катетера. Использования закрытой дренажной системы (или прерывистой катетеризации), ухода за катетером, смены и удаления)
- **Искусственной вентиляции легких (включая этапы определения показания к интубации, экстубации, положения пациента при ИВЛ, аспирации содержимого ротоглотки, санации трахеобронхиального дерева, ухода за аппаратурой/расходных материалов)**
- **Трахеостомических и эндотрахеальных трубок (включая этапы постановки, ухода, смены и удаления)**
- Бесконтактных перевязок; - Внутривенных инъекций; - Внутримышечных инъекций

(профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП))

4.10.1.3. Исполнение алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) проведения инвазивных вмешательств.

4.11.1.2. Наличие полностью оборудованных мест для мытья и обработки рук в режимных кабинетах, включая операционный блок, отделения интенсивной терапии (АРО, ОРИТ, ПИТ и т.д.), перевязочные, процедурные кабинеты.

4.15. В медицинской организации обеспечивается рациональное использование антибактериальных препаратов (профилактика антибиотикорезистентности).

4.15.3. Наличие алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) использования антибиотиков в особых случаях, включая порядок смены антибиотиков, повторное назначение, назначение антибиотиков резерва, перехода с парентеральных на пероральные формы

4.15.3.3. Наличие документально установленных свидетельств исполнения алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) использования антибиотиков в особых случаях

Клинический протокол или стандартная операционная процедура «катетеризация подключичной и других центральных вен» как вариант действия

© С.А. СУМИН¹, В.И. ГОРБАЧЕВ², В.В. КУЗЬКОВ³

¹ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, 305041, Курск, Россия

²Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования — филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, 664049, Иркутск, Россия

³ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, 163000, Архангельск, Россия

В настоящее время на федеральном уровне не имеется разработанных и утвержденных нормативных актов, посвященных оказанию большинства медицинских услуг. В соответствии с ИСО 9001—2015 «Системы менеджмента качества. Требования» и с рекомендациями Росздравнадзора в медицинских организациях должны быть разработаны соответствующие документы. Авторами создан и предлагается пакет документов, на основании которого возможна разработка локального акта (стандартной операционной процедуры либо клинического протокола) в условиях системы менеджмента качества. Каждая медицинская организация может адаптировать его в зависимости от направления своей лечебной работы и характера оказываемой помощи, подготовки персонала и технического оснащения.

Ключевые слова: катетеризация центральных вен, юридические аспекты в медицине, показания, противопоказания, локальный акт.

Для корреспонденции: Сумин Сергей Александрович — д.м.н., проф., зав. каф. анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, 305041, Курск. E-mail: ser-sumin@ya.ru.

Для цитирования: Сумин С.А., Горбачев В.И., Кузьков В.В. Клинический протокол или стандартная операционная процедура «катетеризация подключичной и других центральных вен» как вариант действия. *Анестезиология и реаниматология*. 2018;4: 5-14. <https://doi.org/10.17116/anaesthesiology20180415>

5. **Лекарственная безопасность. Фармаконадзор**»: *«Характерные ошибки происходят на этапе назначения лекарственных средств, при передаче информации о назначении лекарственных средств, при дозировании и разведении, а также при приеме (введении) лекарственных средств»*:

- 39% дефектов назначения ЛС: неправильный выбор препарата/препаратов (критически важная проблема), назначение без учета противопоказаний (связанных с определенным заболеванием или приемом других лекарственных средств), повторное назначение лекарства без оценки его эффективности и переносимости пациентом и т.д.;

- **12% - нарушения в передаче информации о назначении (12%): нечетко, неразборчиво сделанные надписи, использование некорректных сокращений в листах назначения и т.д.;**

- 11% - дефекты дозирования, разведения;

- 38% - дефекты введения: несвоевременное введение лекарственных средств, неправильный путь введения, **недооценка важности информирования пациента о побочных эффектах**, отсутствие обучения пациента приему лекарств, **отсутствие контроля в эффективности лечения**».

1. Важным является проверка реализации п. 5.8

«5.8.1.1. **Наличие порядка учета анамнестических факторов риска и внесения информации о них в медицинскую документацию**, включая: - Аллергические реакции; - Возраст; - Сопутствующие заболевания/лекарственные препараты, принимаемые в момент поступления; - Масса тела пациента; - Беременность (если применимо); - Заболевание печени; - Заболевание почек; - Психические заболевания; - Курение, алкоголь, прием наркотических и других психотропных веществ».

2. Далее контролируется выполнение п. 5.9 Рекомендаций

«5.9. В медицинской организации регламентирован и соблюдается процесс назначения лекарственных препаратов (ЛП)»

5.9.1.1. **Наличие алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) назначений ЛП, включая правила "5 П":** - Правильный ЛП; - Правильная доза; - Правильный путь введения, в том числе переход с парентеральных на пероральные ЛП; - Правильное время применения (введения); - Правильно идентифицированный пациент.

3. Проверка исполнения п. 5.10.

Порядок заполнения листов врачебных назначений

5.10.1.1. **Наличие алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) по заполнению листов врачебных назначений, включая:**

- Правила записи назначений врачом, в том числе: стандартизованные сокращения, шрифт, инструкции по введению или приему ЛП и т.д.
- Правила оформления изменений или отмены терапии
- Правила заполнения листа назначений при переводе пациента внутри МО (например, при переводе из отделения реанимации в клиническое отделение)

5.10.1.2. **Наличие стандартного листа назначений (в электронном или бумажном виде)**

4. Проверка выполнения п. 5.12.

«5.12. Контроль эффективности лекарственной терапии»

5.12.1. Проведение/осуществление оценки эффективности лекарственной терапии

5.12.1.1. Наличие алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) оценки эффективности лекарственной терапии, включая:

- Порядок фиксации результатов оценки в истории болезни
- Рекомендуемые временные интервалы (время после введения или приема ЛП) для оценки эффективности
- Статус работника, который должен оценивать эффективность
- Определение целевых показателей эффективности (например, жалобы, выраженность симптомов, результаты лабораторных и других диагностических тестов и т.д.)
- Порядок действий медицинских работников при отсутствии ожидаемого эффекта.

5.12.1.2. Знание алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) оценки эффективности лекарственной терапии

5.12.1.3. Исполнение алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) оценки эффективности лекарственной терапии

7.2.2. Сортировка пациентов при поступлении/обращении в МО в зависимости от тяжести состояния и экстренности необходимых вмешательств

7.2.2.1. **Наличие алгоритмов** (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) сортировки пациентов в зависимости от тяжести состояния и экстренности необходимых вмешательств, включая шкалы для оценки состояния пациентов.

7.2.2.3. **Исполнение алгоритмов** (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) сортировки пациентов в зависимости от тяжести состояния и экстренности необходимых вмешательств

7.3. В медицинской организации обеспечивается качество и безопасность при оказании медицинской помощи в приемном отделении

7.3.1. Организация помощи в приемном отделении пациентам, находящимся в крайне тяжелом состоянии

7.3.1.1. **Наличие алгоритмов** (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) организации помощи пациентам, находящимся в крайне тяжелом состоянии ("красная" группа)

7.3.1.3. **Исполнение алгоритмов** (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) организации помощи пациентам, находящимся в крайне тяжелом состоянии ("красная" группа)

7.5. В медицинской организации обеспечивается своевременность оказания помощи при поступлении/обращении пациента в стационар

7.5.1.1. Наличие утвержденного перечня временных нормативов/целевых показателей при плановом поступлении пациентов в стационар

7.5.1.2. Наличие документально установленных свидетельств соблюдения временных нормативов/целевых показателей при плановом поступлении пациентов в стационар

7.5.2. Наличие и соблюдение временных нормативов/целевых показателей при экстренном поступлении

7.5.2.1. Наличие утвержденного перечня временных нормативов/целевых показателей при экстренном поступлении/обращении в стационар (этапов госпитализации), включая следующие этапы: - До первичного осмотра врача приемного отделения; - **До осмотра** консультантом; - До получения результата тестирования/обследования; - До начала терапии (например, введение антибиотиков);

- В соответствии с клиническими рекомендациями по оказанию помощи при некоторых состояниях (например, ОНМК, ОКС и т.д.); - **До перевода** в клиническое отделение/операционную/**отделение реанимации**;

- До отказа в госпитализации и направления на амбулаторное лечение

7.5.2.2. Наличие документально установленных свидетельств соблюдения временных нормативов/целевых показателей при экстренном поступлении

7.8. Медицинская организация обеспечивает готовность работников к оказанию экстренной помощи.

7.8.1. Организация оказания экстренной помощи

7.8.1.1. Наличие алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) оказания экстренной помощи в соответствии с профилями оказания помощи, а также с учетом возможных экстренных ситуаций (например, для взрослых пациентов в детских клиниках), включая: - Сердечно-легочная реанимация; - Анафилактический шок; - Гипертонический криз; - Гипертермия; - Гипогликемическая кома - и т.д.

7.8.1.3. Исполнение алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) оказания экстренной помощи, включая наличие навыков работы в команде

Приказ Министерства здравоохранения Рязанской области от 27 февраля 2023 г. N 321
"О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи женщинам при
неотложных состояниях в период беременности, родов и в послеродовой период в
государственных медицинских организациях Рязанской области"

**Типовой алгоритм действий врача акушера-гинеколога и врача
анестезиолога-реаниматолога в приемном отделении при поступлении беременной
женщины, роженицы, родильницы с кровотечением**

Заведующему родовым отделением,
ответственному врачу акушеру-гинекологу:

1. Идентифицировать себя.
2. Собрать анамнез и осмотреть пациентку.
3. Осмотреть зев.
4. При госпитализации пациентки - заполнить чек-лист.
5. Объяснить пациентке ход всех планируемых обследований, осмотров, медицинских манипуляций и т.д.
6. Интерпретировать данные осмотра, УЗИ матки и плода, лабораторных показателей крови, поставить предварительный диагноз, составить план ведения. Объяснить пациентке акушерскую ситуацию, информировать о данных осмотра, УЗИ и т.д.
7. Дать распоряжение операционной медсестре, дежурной акушерке развернуть операционную или родильный зал.
8. Доложить о поступлении пациентки заместителю главного врача по медицинской части и главному врачу.
9. Сопровождать пациентку на медицинской каталке из приемного отделения на лифте в родильный зал или операционную.

Транспортировку женщины проводить только при наличии связи с веной !!!

Заведующему отделением анестезиологии и реанимации, дежурному врачу анестезиологу-реаниматологу:

1. Идентифицировать себя.
2. Собрать анамнез и осмотреть пациентку.
3. Дать распоряжения медсестре-анестезисту:
 - 3.1. Катетеризировать периферическую вену.
 - 3.2. Взять анализ крови на группу крови, Rh-фактор, фенотипирование, биохимию, коагулограмму, общий анализ крови, тромбоциты. Моноветы с образцами крови в приемном отделении передать фельдшеру-лаборанту.
 - 3.3. В/в начать инфузию кристаллоидов 400 мл в сочетании с раствором Транексамовой кислоты из расчета 15 мг/кг веса.
 - 3.4. Катетеризировать мочевого пузырь и взять порцию мочи для проведения общего анализа.
4. Заведующему отделением анестезиологии и реанимации, дежурному врачу анестезиологу-реаниматологу, медсестре-анестезисту, сопровождать пациентку на медицинской каталке из приемного отделения на лифте в родильный зал или операционную.

Типовой алгоритм действий врача акушера-гинеколога и врача анестезиолога-реаниматолога в приемном отделении при поступлении беременной женщины с гипертензивными расстройствами (САД 140 - 160 мм рт. ст., ДАД 90 - 110 мм рт. ст.)

Заведующему родовым отделением, ответственному врачу акушера-гинекологу:

1. Идентифицировать себя.
2. Собрать анамнез и осмотреть пациентку.
3. Дать распоряжение акушерке выдать пациентке нифедипин 10 мг per os.
4. Осмотреть зев.
5. При госпитализации пациентки заполнить чек-лист.
6. Объяснить пациентке ход всех планируемых обследований, осмотров, медицинских манипуляций и т.д.
7. Интерпретировать данные осмотра, УЗИ матки и плода, данные лабораторных показателей, сформировать предварительный диагноз. Объяснить пациентке акушерскую ситуацию, информировать о данных осмотра, УЗИ и т.д.
8. Дать распоряжение акушерке приемного отделения выписать бланки анализов, транспортировать пациентку на медицинской каталке в ПИТ/ акушерское отделение патологии беременности/ родильный зал/ операционную.
9. Доложить о поступлении пациентки заместителю главного врача по медицинской части и главному врачу.
10. Сопровождать пациентку при транспортировке.

Транспортировку женщины проводить только при наличии связи с веной !!!

11. Сообщить о ситуации и вызвать на себя бригаду ДАКЦ ГБУ РО "Областной клинический перинатальный центр".

Заведующему отделению анестезиологии и реанимации, дежурному врачу анестезиологу-реаниматологу:

1. Идентифицировать себя.
2. Собрать анамнез и осмотреть пациентку.
3. Дать распоряжения медсестре-анестезисту:
 - 3.1. Катетеризировать периферическую вену
 - 3.2. Взять анализ крови на группу крови, Rh-фактор, фенотипирование, биохимию, коагулограмму, общий анализ крови, тромбоциты. Моноветы с образцами крови в приемном отделении передать фельдшеру-лаборанту.
 - 3.3. В/в болюсно ввести 16 мл 25% раствора сульфата магния (4 г.) шприцем медленно в течение 10 - 15 минут, затем продолжить титрование со скоростью 4 мл/ ч.
4. Заведующему отделением анестезиологии и реанимации, дежурному врачу анестезиологу-реаниматологу, медсестре-анестезисту сопровождать пациентку на медицинской каталке из приемного отделения на лифте в ПИТ/ акушерское отделение патологии беременности/ родильный зал/ операционную.

Типовой алгоритм действий медицинского персонала в родовом отделении при возникновении раннего послеродового кровотечения у женщины после самопроизвольных родов

4. Заведующему отделением анестезиологии и реанимации, дежурному врачу анестезиологу-реаниматологу:

4.1. Совместно с заведующим родовым отделением, ответственным врачом акушером-гинекологом осмотреть родильницу, оценить степень тяжести состояния, объем кровопотери и составить план ведения.

4.2. Вызвать врача трансфузиолога (телефон).

4.2. Дать распоряжение медсестре-анестезисту:

4.2.1. Установить второй в/в катетер (14 - 16G)

4.2.2. Провести инфузию раствором кристаллоидов 500 мл, введение транексамовой кислоты из расчета 15 мг/кг веса, введение окситоцина 10 - 20 ед. на 50 мл 0,9% раствора натрия хлорида со скоростью 12,5 мл/час через инфузомат.

4.2.3. Провести внутривенное введение анестетиков при ручном обследовании полости матки или ушивании разрывов мягких тканей.

4.2.4. Включить аппарат ИВЛ, провести подготовку к проведению интубационного наркоза в случае лапаротомии.

8. Преемственность медицинской помощи.

Нарушение преемственности в оказании медицинской помощи приводит к задержкам начала лечения, потере важной клинической информации, может критически повлиять на исход лечения

8.4. Обеспечение безопасности при переводе пациентов внутри медицинской организации

8.4.1.1. Наличие алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) перевода пациентов внутри МО, включая:

- Госпитализация/перевод В и ИЗ АРО/ОРИТ/ПИТ
- Перевод в клинические отделения
- Перевод в операционный блок В и ИЗ операционного блока

8.4.1.3. Исполнение алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) перевода пациентов внутри МО

8.6.1.1. Наличие алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) передачи клинической ответственности за пациента по дежурству, включая:

- Определение тяжелого пациента; - Кратность осмотров дежурными медицинскими работниками
- Порядок оформления медицинской документации (количество и объем записей).

8.6.2. Организация мониторинга состояния пациентов

8.6.2.1. Наличие алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) организации мониторинга состояния пациентов, включая:

- Определение критических значений ключевых показателей жизнедеятельности
- Алгоритмы действий дежурных медицинских работников при ухудшении состояния пациентов
- Наличие листов наблюдений за состоянием пациентов, чек-листов

8.6.2.4. Исполнение алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) организации мониторинга состояния пациентов.

8.8.1.5. Наличие полностью заполненных форм выписного/переводного эпикриза без исправлений

9. Хирургическая безопасность.

Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами

9.1.1. Создание базовых условий для обеспечения хирургической безопасности

9.1.1.4. Порядок ведения пациентов в раннем послеоперационном периоде, **включая организацию палат пробуждения**

9.1.1.5. **Порядок обезболивания** пациентов в послеоперационном периоде

9.4.1. Порядок проведения осмотров врачей-специалистов перед операцией

9.4.1.2. Проведение осмотра врачом-анестезиологом с оформлением предоперационного эпикриза, включая определение методики анестезии.

9.4.1.3. Проведение осмотра врачом-специалистом (при необходимости при наличии сопутствующих заболеваний) с оформлением предоперационного эпикриза, включая рекомендации по ведению в послеоперационном периоде

9.4. В медицинской организации организовано проведение предоперационного осмотра пациента и проводится оценка рисков, связанных с хирургическим вмешательством

9.4.2. Порядок оценки рисков, связанных с хирургическим вмешательством и ведения групп пациентов в соответствии со степенью рисков

9.4.2.1. Наличие алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) оценки рисков, связанных с хирургическим вмешательством и ведения пациентов в соответствии со степенью риска, включая:

- Тромбоэмболические осложнения (ТЭЛА, тромбоз глубоких вен)
- Кровотечения
- Инфекционные осложнения
- Анестезиологические осложнения

9. Хирургическая безопасность.

Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами

9.4.2.3. Наличие МИ и ЛП для профилактики тромбоэмболических осложнений в расчетных количествах

9.4.2.4. Наличие документально установленных свидетельств (подтверждений) проведения профилактики тромбоэмболических осложнений.

9.4.2.5. Наличие документально установленных свидетельств (подтверждений) проведения антибиотикопрофилактики, включая отметки времени введения и профилактической дозы АБ

9.5.2. Порядок оформления информированного добровольного согласия на хирургическое вмешательство.

9.5.2.1. Наличие алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) оформления информированного добровольного согласия на хирургическое/анестезиологическое вмешательство, включая порядок информирования пациентов, предоставление времени для принятия решения, в том числе для получения второго мнения

9.5.2.3. Наличие документально установленных свидетельств (подтверждений) исполнения алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) оформления информированного добровольного согласия на хирургическое/анестезиологическое вмешательство

9. Хирургическая безопасность.

Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами

9.6. В медицинской организации **обеспечивается безопасность в периоперационном периоде: до, во время и непосредственно после операции.**

8.6.1. Порядок использования контрольного перечня мер по обеспечению хирургической безопасности (**хирургического чек-листа**)

9.6.2.1. Наличие алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) по использованию хирургического чек-листа

9.6.2.2. **Исполнение алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) по использованию хирургического чек-листа, включая:**

- Проведение идентификации пациента
- **Подтверждение информации об аллергии**
- **Наличие пульсоксиметра у пациента**
- **Наличие ЛП для анестезии в расчетном количестве**
- Подтверждение оценки рисков хирургического вмешательства, факта проведения профилактики (если применимо)
- Подтверждение проведения профилактики в соответствии с алгоритмами
- **Подтверждение наличия и исправности оборудования (включая необходимого для оказания реанимации: кислородное оборудование, отсос, зонды и т.д.)**
- Подсчет количества инструментов и расходных материалов до ушивания раны
- **Определение объема интраоперационной кровопотери**
- **Обсуждение участниками операционной бригады, включая врачей-хирургов и анестезиологов, среднего медицинского персонала основных проблем, произошедших во время операции, особенностей ведения пациента**

9. Хирургическая безопасность.

Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами

9.7.1.3. **Наличие документально установленных свидетельств исполнения алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) наблюдения за состоянием пациентов в условиях операционной/операционного блока, включая палату пробуждения.**

9.8.3. Порядок обезболивания пациентов в послеоперационном периоде

9.8.3.1. **Наличие алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) обезболивания пациентов в послеоперационном периоде, включая:**

- Оценка интенсивности боли при помощи шкал оценки, применимых для различных категорий пациентов, в том числе находящихся без сознания или не способных к коммуникации (дети, пациенты с когнитивными нарушениями)
- Индивидуальный подбор методов обезболивания, ЛП, дозировок
- **Оценка эффективности обезболивания в послеоперационном периоде**

9.8.3.3. **Наличие у медицинских работников шкал для оценки интенсивности боли**

9.8.3.4. **Наличие ЛП, МИ для обезболивания в соответствии с алгоритмами (СОПами, инструкциями и другими локальными актами в соответствии с выбором МО) в расчетных количествах**

9.8.3.5. **Наличие документально установленных свидетельств исполнения алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) обезболивания пациентов в послеоперационном периоде**

10. Профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов препаратов из донорской крови

Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1128н "О порядке представления информации о реакциях и об осложнениях, возникших у реципиентов в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов, в уполномоченный Федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по организации деятельности службы крови".

Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1134н "Об утверждении порядка медицинского обследования реципиента, проведения проб на индивидуальную совместимость, включая биологическую пробу, при трансфузии донорской крови и (или) ее компонентов".

12. Организация ухода за пациентами (сестринские манипуляции). Профилактика падений и пролежней

13. Соответствие оказываемой медицинской помощи клиническим рекомендациям (протоколам лечения)

13.4.1. Организация лечебно-диагностического процесса в соответствии с клиническими рекомендациями

13.4.1.1. Наличие документально установленных свидетельств (подтверждений) осуществления лечебно-диагностического процесса в соответствии с клиническими рекомендациями

13.4.1.2. Соблюдение нормативных требований к проведению клинических исследований в МО, включая вопросы получения информированного добровольного согласия от пациентов

14. Обеспечение принципов пациентоцентричности при осуществлении медицинской деятельности

14.1.1.3. Порядок определения групп пациентов, которые особенно подвержены рискам при оказании медицинской помощи.

14.1.1.6. Порядок оформления информированного добровольного согласия или отказа пациентов, родственников и их законных представителей от лечения (части лечения).

1. Три с половиной года колонии общего режима 66-летнего **директора** стоматологической клиники «Айболит»

В. Прохорова. Он признан виновным в совершении преступления по п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ (оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности, повлекших по неосторожности смерть человека).

2. Взыскать с подсудимого в пользу потерпевшего родственника в счет компенсации морального вреда денежные средства в сумме 1 000 000 (одного миллиона) рублей.

В 2017 году после приема у врача, работавшего клинике Прохорова, скончалась 23-летняя пациентка.

Следствием установлено, что перед началом лечения врач сделал пациентке инъекцию анальгетика Ультракаина. Позже она почувствовала себя плохо и потеряла сознание. *«Врачом-стоматологом были произведены реанимационные мероприятия, но в клинике не нашлось необходимого в таких случаях препарата, обязательного для оказания неотложной медицинской помощи, препарата – Адреналин».* Пациентка была доставлена в ГКБ №39 Нижнего Новгорода, где скончалась от анафилактического шока. **Приговор:** *«Руководитель Стоматологического кабинета бездействовал, не выполняя свои трудовые функции: не разработал и не внедрил систему менеджмента качества в медицинской организации, не осуществлял координацию работ по организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации, не проводил разработку локальных актов по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации» и фактически переложил свою трудовую функцию по обеспечению ресурсами медицинской организации и контролю их использования, а также принятие решений в области материально-технического обеспечения медицинской организации, на врача стоматолога. Являются опасными для жизни и здоровья услуги, оказываемые ООО «Айболит» при наличии некомплекта аптечки на, поскольку в ООО «Айболит» отсутствовал порядок организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».*

Суд установил, что между умышленными преступными действиями подсудимого Прохорова, не организовавшего в ООО "Айболит" деятельность по внутреннему контролю качества и безопасности оказания медицинских услуг, и наступившими последствиями в виде смерти К. имеется прямая причинно-следственная связь.

07.10.2020 Нижегородский областной суд: приговор оставлен без изменений.

03.02.2021 Первый кассационный суд: приговор оставлен без изменений.

**ОТСУТСТВИЕ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ - ПОВОД ДЛЯ УГОЛОВНОГО ПРЕСЛЕДОВАНИЯ
РУКОВОДИТЕЛЯ ПРИ ФАКТЕ СМЕРТИ ПАЦИЕНТА**

1. Пункция и катетеризация центральной вены (чаще подключичная): пневмоторакс и гемоторакс – тяжкий вред здоровью (приказ МЗ и СР РФ № 194н): «6.1.10. пневмоторакс, или гемоторакс, или гемопневмоторакс»

Методическое руководство МЗ РФ «Венозный доступ» (2019)

**5.11. Алгоритм постановки центрального венозного катетера (манипуляция врача-анестезиолога-реаниматолога
- рентгенодиагностический контроль внутрисосудистого расположения катетера.**

Повторный рентгенологический контроль необходимо проводить для оценки состояния органов грудной клетки в первые сутки после введения ЦВК по клиническим показаниям (в том числе при выявлении нарушения функции органов грудной клетки после осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации пациента - на усмотрение



5. Диагностика положения катетера

**Клинические рекомендации по
проведению катетеризации
подключичной и других
центральных вен**

коды медицинских услуг: A11.12.001; A11.12.001.001

Год утверждения (частота пересмотра): (пересмотр каждые 3 года)

ID:

URL:

Профессиональные ассоциации:

- Общероссийская общественная организация Федерация анестезиологов-реаниматологов

Наиболее частым осложнением катетеризации внутренней яремной вены являются непреднамеренная пункция сонной артерии с последующим образованием гематомы (до 8–10% без УЗ-контроля), подключичной вены — пневмоторакс (до 1–3%), а катетеризация бедренной вены наиболее часто осложняется флеботромбозами [3–5, 14, 16–18].

Частота осложнений катетеризации центральных вен увеличивается в шесть раз, если один и тот же врач выполняет подряд более трех попыток на одном и том же сосуде

• Корректное внутривенное положение катетера рекомендуется подтверждать следующими методами [8–13, 15, 20, 22, 23]:

- Свободный обратный ток венозной крови (контроль газового состава крови и/или прямой контроль давления крови при оценке в динамике) (Уровень убедительности рекомендаций – D).
- Рентгенологический метод (Уровень убедительности рекомендаций – D).
- Ультразвуковой контроль (Уровень убедительности рекомендаций – D).
- Рентгеновская компьютерная томография (Уровень убедительности рекомендаций – C).

Уровень достоверности доказательств Па.

Комментарии

Рентгенологический метод верификации расположения катетера внутри сосуда и глубины его стояния эффективен, если катетер является рентген-контрастным [13, 22]. При обзорной рентгенографии в прямой проекции тень катетера должна находиться в проекции верхней или нижней полой вены. При наличии катетера, не предназначенного для проведения гемодиализа, в верхней полой вене его кончик должен находиться как минимум на 2 см выше верхней границы правого предсердия (уровень IV грудного позвонка). Допускается нахождение катетеров, установленных через левые брахиоцефальные вены в проекции левого венозного плечеголового ствола (безымянная вена). Допускается более глубокое положение катетеров для гемодиализа (в проекции правого предсердия), что обусловлено потребностью в высокой скорости потока крови [12, 15].

УЗ-контроль не может полностью устранить риск осложнений при катетеризации центральных вен, особенно, при затегании вены на глубине более 2 см. Владение данным методом, помимо соответствующей подготовки оператора, требует обеспечения круглосуточной прямой доступности к соответствующему оборудованию [8

Определение Восьмого кассационного суда общей юрисдикции от 24 февраля 2021 г. (№ 719/2021): оставлен в силе приговор от **27 февраля 2020 года** Боготольским райсудом Красноярского края - осужден анестезиолог М. по ч. 2 ст. 109 УК РФ к наказанию в виде ограничения свободы сроком на 2 года, с лишением права заниматься медицинской деятельностью по спец-ти анестезиология-реаниматология на 2 года.

Из Приговора: без использования специального оборудования, позволяющего контролировать ход и результаты пункции подключичной вены, не предвидя возможности наступления общественно опасных последствий в виде повреждения правого легкого и смерти И. от своих действий, **хотя при должной внимательности и предусмотрительности должен был и мог их предвидеть**, во время введения пункционной иглы в подключичную вену справа, вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей и неосторожных действий, **допустил повреждение правого легкого И., которое не было им своевременно диагностировано, что привело к развитию угрожающего жизни явления — дыхательной недостаточности.**

М., не предвидя возможности наступления смерти И., хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности, в силу возраста, жизненного опыта, наличия специальных познаний в области медицины, должен был и мог ее предвидеть, **своевременно не организовал проведение рентген-контроля грудной клетки И., назначенного им перед началом катетеризации через 4 часа после ее проведения, с целью выявления возможных осложнений в виде пневмоторакса, после катетеризации подключичной вены справа;** не осуществлял наблюдение за больным и не проводил необходимое лечение в период выхода больного из анестезии и в ближайшем послеоперационном периоде до полного восстановления жизненно важных функций, своевременно не проводил диагностику и лечение осложнений анестезии, не проводил лечение заболевания, вызвавшего развитие критического состояния.

Своевременно не организовал повторную консультацию хирурга, не наблюдал за состоянием пациента, в динамике не оценивались низкие цифры сатурации, не осуществлял мониторинг за адекватностью интенсивной терапии до окончания своего рабочего времени, не передав находящегося в крайне тяжелом состоянии пациента И. сменяющему его врачу, покинул МО.

По результатам проведенных комиссионных медицинских экспертиз, **комиссией экспертов сделан однозначный вывод, что причиной смерти И. явилось ятрогенное ранение правого легкого в ходе выполнения пункции и катетеризации подключичной вены справа, осложнившееся тотальным коллапсом правого легкого, острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью, как непосредственной причиной наступления смерти.**

Своими действиями М. причинил И. телесные повреждения в виде проникающего ранения грудной клетки и повреждение правого легкого, характеризующим квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. М. во время проведения анестезии **допущен дефект оказания медпомощи – проникающее ранение грудной клетки и повреждение правого легкого при выполнении катетеризации подключичной вены справа по Сельдингеру, что вызвало развитие напряженного пневмоторакса.**

За время наблюдения врачом анестезиологом-реаниматологом М. не выполнены все мероприятия для поддержания адекватной вентиляции легких и предупреждения развития напряженного пневмоторакса, что и вызвало наступление смерти больного от острой дыхательной недостаточности.

Все вышеизложенное определяет прямую причинную связь действий (бездействий) врача М. с наступлением смерти больного И.

Апелляционное постановление № 22-2340/2020 от 18 августа 2020 г. Красноярский краевой суд: приговор оставлен в силе.

Определение Восьмого кассационного суда общей юрисдикции от 24 февраля 2021 г. (дело № 77-719/2021): приговор оставлен в силе.

28.02.2023. ДЕЛО № 1-8/2023 (1-328/2022) - Приговор Новомосковского райсуда анестезиологу-реаниматологу детской больницы Новомосковска К.: 2,9 года ограничения свободы и запрет заниматься медицинской деятельностью в течение трех лет.

В ноябре 2022 года в инфекционное отделение Новомосковской городской клинической больницы поступил трехлетний пациент с диагнозом ОРВИ и низким уровнем гемоглобина и тромбоцитов. Специалисты Тульской ДОКБ, куда впоследствии отправили ребенка, назначили ему переливание компонентов крови, антибиотикотерапию. 22.09.21 г. 15:30 анестезиологом-реаниматологом К. осуществлена неудачная попытка катетеризации правой подключичной вены, затем попытка катетеризации левой и установлен катетер в левую подключичную вену, осуществлено переливание крови. Ухудшение состояния в 19:00. Остановка сердца 19:30. Успешная реанимация в течение 30 минут. Перевод санавиацией 24.11.21 г в Тульскую ОКБ. **Правосторонний пневмоторкас, ранение правого легкого, левосторонний гемопневмоторакс (катетер установлен в плевральную полость).** **Пункции плевральных полостей только в Тульской ОКБ.**

СПОН, смерть 1.12.21 г.

СМЭ: при введении ЦВК врач К. повредила «нижнюю стенку левой подключичной вены, пристеночную плевру, верхушку легкого, магистральный кровеносный сосуд», и через несколько часов ребенок скончался. Причиной летального исхода стала полиорганная недостаточность, обусловленная поражением внутренних органов.

Согласно заключению СМЭ, к гибели малолетнего привело именно некачественное оказание обвиняемой медицинской помощи. К. не согласовала введение катетера с коллегами, не провела необходимую рентгенографию. Кроме того, доктор могла воспользоваться менее рискованными методами для доступа к венозному руслу пациента. Медицинская карта имеет сфальсифицированные записи и подписи.

10-17 марта 2023 года поданы апелляционные жалобы потерпевших, осужденной и апелляционное представление прокурора. 27.03.23 – жалобы приняты к производству.

31.03.23г. Красносельский райсуд Санкт-Петербурга признал врача анестезиолога-реаниматолога М. виновной в смерти пятилетнего ребенка после установки подключичного катетера по ч.2 ст.109 УК РФ (Дело № 1-58/2023 (1-489/2022)).

Установлено, что при проведении оперативного вмешательства врач допустила дефекты оказания медицинской помощи (медицинских манипуляций), введя катетер глубже допустимого в вену сначала с левой, а затем с правой стороны, причинив этим тяжкий вред здоровью пациентки. При этом М. не приняла во внимание и не оценила в должной мере результаты рентгенограммы органов грудной клетки девочки, сделанной после первого прокола, где была зафиксирована перфорация левой подключичной вены.

В результате пациентка скончалась от кровотечения и попадания воздуха из поврежденных подключичных вен в обе плевральные полости.

М. вину признала частично. Она сообщила, что допустила прокол подключичной вены с левой стороны, но отрицала второй прокол, пояснив, что он мог произойти в результате проведенных реанимационных мероприятий – непрямого массажа сердца.

Суд назначил врачу наказание в виде ограничения свободы на 1,5 года с запретом заниматься врачебной деятельностью на 2 года.

реаниматологи Советской районной больницы Я. (начмед) и Ч. признаны виновными в совершении преступления, предусмотр. п.п. «б, в» ч. 2 ст. 238 УК РФ (**оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей, если они предназначены для детей в возрасте до шести лет, повлекшее по неосторожности смерть человека**): **наказание в виде трёх лет лишения свободы с отбыванием в исправительной колонии общего режима, лишены права заниматься врачебной деятельностью сроком на два года.** Мера пресечения осужденным изменена с подписки о невыезде на заключение под стражу, они взяты под стражу в зале суда.

11 января 2021 г. малолетняя девочка (1 год и 3 месяца) пролила на себя кипяток, и родители доставили её в больницу. После осмотра врачом-хирургом и постановки диагноза «Термический ожог кипятком нескольких областей тела I-II степени ст., 10%» ребёнка перевели в отделение анестезиологии и реанимации, где Ч. и Я. провели катетеризацию подключичной вены, как указано в Заключении СМЭ, с использованием набора 18G, который не предназначен для детей до трёх лет (16G), а также без ультразвуковой визуализации и ЭКГ-мониторинга вены. Рентген грудной клетки выполнен посмертно. В результате девочке причинены множественные перфорации грудной клетки с повреждением ткани левого лёгкого, с развитием острой легочно-сердечной недостаточности, от которых она скончалась. На вскрытии установлено: 11 проколов кожи и пристеночной плевры слева и два справа; в верхушке левого легкого - 38 перфораций глубиной один сантиметр; обнаружен пневмоторакс справа и гемопневмоторакс — в плевральной плоскости оказалось 150 миллилитров крови. По заключению экспертов, смерть наступила от острой легочно-дыхательной недостаточности, причиной которой стали неправильные действия врачей анестезиологов-реаниматологов. В судебном заседании Я. вину в совершении преступления признал частично, Ч. свою вину не признал.

21 марта 2023 г. Судебная коллегия по уголовным делам Алтайского краевого суда изменила приговор суда от 9 января 2023 г., **признав в качестве обстоятельства, отягчающего наказание Я. и Ч., — совершение преступления в составе группы лиц.**

28 августа 2020 г. Ленинский районный суд г. Новосибирска признал хирурга Т. виновным в совершении преступления, предусмотренного ч.2 ст.109 УК РФ: наказание в виде ограничения свободы на срок 2 года с лишением на основании ч.3 ст.47 УК РФ его права заниматься врачебной деятельностью на срок 2 года. **Дело №1-234/2020**

13 ноября 2020г. Новосибирский облсуд оставил решение без изменений.

Женщина 38 лет поступила в стационар в экстренном порядке в связи с подозрением на острый аппендицит. С целью уточнения диагноза была назначена лапароскопия, в ходе проведения которой развилось кровотечение, от которого пациентка умерла, что послужило причиной возбуждения уголовного дела. Выводы повторной СМЭ:

Непосредственная причина смерти — острая кровопотеря, развившаяся вследствие совокупности повреждений: а) **Ранение брыжейки тонкой кишки и передней стенки брюшного отдела аорты**, которое было причинено в ходе хирургической операции — диагностической лапароскопии.

б) **Колотые, проникающие в плевральные полости сквозные ранения правой (4) и левой (1) подключичной вены с соответствующим количеством повреждений на пристеночной плевре и легких, причиненные в ходе медицинских манипуляций — катетеризации подключичных вен с обеих сторон.**

Совокупность повреждений, указанных в п. «а» и «б», — первоначальная причина смерти.

Особо отмечено, что причиной развития ДВС-синдрома стала не только острая кровопотеря вследствие повреждения брюшной аорты при лапароскопии и подключичных вен при катетеризации, **но и синдром массивной гемотрансфузии** (6856 мл эритроцитной взвеси за период менее 6 часов).

Непосредственная причина смерти — острая массивная кровопотеря вследствие повреждения брюшной аорты при проведении диагностической лапароскопии, обеих легких при катетеризации подключичных вен, осложненная развитием синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром) и синдрома массивной гемотрансфузии.

Анестезиологом-реаниматологом были причинены колотые, проникающие в плевральные полости сквозные ранения правой (4) и левой (1) подключичной вены с соответствующим количеством повреждений на пристеночной плевре и легких.

У комиссии экспертов не имеется достаточных оснований считать повреждения подключичных вен, плевры и легких, причиненные анестезиологом, прямым следствием дефектов оказания медицинской помощи. Оценивая эти повреждения, необходимо учесть следующее:

- сама необходимость катетеризации подключичной вены была вызвана повреждением брюшной аорты, которое причинил хирург. Для проведения лапароскопии и аппендэктомии подключичный катетер не требуется, достаточно периферического катетера в кубитальной вене (в локтевой ямке);
- после повреждения брюшной аорты катетеризация подключичной вены была абсолютно необходима;
- выполнить катетеризацию подключичной вены в условиях коллапса (геморрагического шока, вызванного кровотечением из аорты) технически сложно в связи с тем, что вены спадаются, в их просвете мало крови, давление крови низкое, и просвет вены обнаружить трудно (его находят по поступлению крови из иглы);
- анестезиолог действовал в условиях крайней необходимости и обоснованного риска в медицинском понимании этих категорий;
- дополнительные технические сложности были связаны с тем, что на операционном столе проводился непрямой массаж сердца, из-за чего зона пункции находилась в движении;
- несмотря на это, точки пункции были определены верно, на что указывает сквозной характер повреждений, т.е. анестезиолог попадал иглой в вену, но не мог найти ее просвет по причине того, что вены находились в спавшемся состоянии, из-за чего игла попадала далее в плевральную полость и в легкие;

- в обычных условиях повреждение подключичной вены, плевры и легкого не приводит к **массивному кровотечению, какое наблюдалось**. Как правило, оно вообще не приводит к выраженному кровотечению, потому что диаметр иглы для пункции достаточно мал, а приводит лишь к развитию пневмоторакса (воздух из поврежденного легкого попадает в плевральную полость), который при своевременном обнаружении (а в данном случае пневмоторакс был своевременно обнаружен) устраняют дренированием плевральной полости (что и было сделано), и ни к каким фатальным последствиям он не приводит. **Продолжающееся легочное кровотечение развилось вследствие ДВС-синдрома,** который был вызван кровотечением из аорты и синдромом массивной трансфузии, который также развился по причине продолжающегося кровотечения из аорты, которое требовало постоянного переливания компонентов крови. Кровотечение могло развиться не сразу после повреждения плевры и легких иглой для пункции, а после развития ДВС-синдрома, обусловленного кровопотерей из аорты;

- в материалах дела не имеется данных, указывающих на нарушение анестезиологом методики и/или техники выполнения пункции подключичной вены, при этом ранение плевры и легкого является типичным и широко распространенным осложнением данной медицинской манипуляции, и сам по себе факт повреждения легкого не является доказательством того, что врач допустил какие-либо дефекты;

- повреждения, причиненные анестезиологом, находятся не в прямой, а только в косвенной причинной связи со смертью пациентки, причем их влияние на исход очевидно меньше, чем влияние повреждения аорты, которое причинил хирург, а объем кровопотери из повреждений плевры и легких обусловлен продолжающейся кровопотерей из аорты и переливанием больших количеств компонентов крови за короткий промежуток времени, что повлекло развитие ДВС-синдрома (несвертываемость крови);

Таким образом, не только летальный исход, но и само ухудшение состояния пациентки от дополнительной кровопотери, и взаимное отягощение повреждений не находятся в прямой причинно-следственной связи с повреждениями, причиненными анестезиологом, а в действиях анестезиолога не усматриваются признаки дефекта оказания медицинской помощи, в связи с чем повреждения, указанные в п. 2, по степени тяжести вреда здоровью человека не оцениваются.

2. Интубация трахеи с интубированием пищевода или невозможность интубации - невыполнение коникотомии (трахеотомии) - аноксическая кома – тяжкий вред здоровью.

3. Повреждение глотки, трахеи и пищевода при интубации – тяжкий вред здоровью («6.1.5. перелом хрящей гортани: щитовидного или перстневидного, или черпаловидного, или надгортанного, или рожковидного, или трахеальных хрящей»).

4. Действия и БЕЗДЕЙСТВИЯ, ПРИВОДЯЩИЕ К РЯДУ ПОСЛЕДСТВИЙ:

«6.2. Вред здоровью, опасный для жизни человека, вызвавший расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью (далее - угрожающее жизни состояние):

6.2.1. шок тяжелой (III-IV) степени (геморрагический, анафилактический , анафилактоидный и др.);

6.2.2. кома II-III степени различной этиологии (отсутствие надлежащего наблюдения за пациентом – аноксия;

6.2.3. острая, обильная или массивная кровопотери;

6.2.4. острая сердечная и (или) сосудистая недостаточность тяжелой степени, или тяжелая степень нарушения мозгового кровообращения;

6.2.5. острая почечная или острая печеночная недостаточность тяжелой степени, или острый панкреонекроз;

6.2.6. острая дыхательная недостаточность тяжелой степени;

6.2.7. гнойно-септическое состояние: сепсис или перитонит, или гнойный плеврит, или флегмона;

6.2.8. гангрена; эмболия (газовая, жировая, тканевая, или тромбоэмболии) сосудов головного мозга или легких»;

5. ОТКАЗ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ОРИТ при сепсисе, тяжелой ДН, ОНМК, ОКС.

6. Участие в определении транспортабельности пациента в нижестоящие или равно-компетентные МО.

Приказ Минтруда России от 27 августа 2018 г. N 554н
«Профессиональный стандарт Врач - анестезиолог-реаниматолог»

3.2.2. Трудовая функция *«Назначение анестезиологического пособия пациенту, **контроль его эффективности и безопасности**; искусственное замещение, поддержание и восстановление временно и обратимо нарушенных функций организма, при состояниях, угрожающих жизни пациента»:*

Необходимые умения.

Выполнять:

- пункцию и катетеризацию эпидурального и спинального пространства;
- блокаду нервных стволов и сплетений;
- **трахеостомию (томию)**, смену трахеостомической трубки, деканулирование, закрытие трахеостомы, **коникотомию**;
- **торакоцентез**, в том числе **торакоцентез под контролем УЗИ**;
- **пункцию плевральной полости под контролем УЗИ**;
- дренирование плевральной полости;
- перикардиоцентез;
- интубацию трахеи и санацию трахеобронхиального дерева;
- эндотрахеальное введение лекарственных препаратов;
- ингаляторное введение лекарственных препаратов через небулайзер;
- чрезвенозную катетеризацию сердца;
- **транстрахеальную пункцию**;
- пункцию и катетеризацию центральных вен, в том числе под контролем УЗИ;
- внутриаrтериальное введение лекарственных препаратов

28.10.21 г. Московский районный суд СПб. вынес приговор в отношении анестезиолога-реаниматолога первого отделения анестезиологии-реанимации Городской больницы №26 Л. ДЕЛО № 1-272/2021.

Врача обвинили в причинении смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст.109 УК РФ) – при проведении подготовки к операции скончалась пациентка.

Суд выяснил, что анестезиолог Л. знала, что 3 января 2020 года в 01.10 в больницу бригадой скорой медицинской помощи была доставлена пациентка с диагнозом «острый аппендицит», **НО не установила назогастральный зонд с целью декомпрессии желудка, а также при проведении интубации трахеи после неудачной попытки не использовала «улучшенное положение Джексона», не воспользовалась надгортанным воздуховодом и ларингеальной маской, что обязательно входит в протокол интубации.**

«Врач не произвела попытку разбудить пациентку и интубировать ее трахею в сознании; не произвела повторное введение миорелаксанта; не произвела три попытки интубации трахеи до прихода врача-эндоскописта; не дала интерпретацию возможному генезу развившегося отека легких. В результате чего вышеуказанные действия и бездействие привели к смерти М. вследствие дыхательной недостаточности».

Анестезиолог вину признала частично и сообщила суду, что использовала улучшенное положение Джексона, произвела попытку разбудить пациентку, произвела три попытки интубации трахеи до прихода врача-эндоскописта, но не отразила это в медицинской документации.

Однако врач не отрицала причинно-следственную связь между ее «небрежным осуществлением должностных обязанностей» и наступлением смерти пациентки.

Суд назначил Литовке наказание в виде ограничения свободы на 1 год.

Также в пользу потерпевшей стороны была взыскана **сумма материального ущерба в размере более 1 млн рублей** и компенсация **морального вреда в размере 3 млн рублей.**

АПЕЛЛЯЦИОННОЕ ПОСТАНОВЛЕНИЕ СПб. Горсуда 11 марта 2022 года:

Освободить Л. от назначенного наказания в связи с истечением срока давности уголовного преследования.

Приговор в части разрешения гражданского иска потерпевшей о взыскании с Л. морального вреда в размере три миллиона рублей и материального ущерба в сумме 1032127 рублей отменить, дело в этой части передать на новое рассмотрение в порядке гражданского судопроизводства.

20 сентября 2022 года Третий кассационный суд общей юрисдикции отнес процессуальные материальные затраты на счет анестезиолога Л.

Около 80% врачей не знают точных противопоказаний к назначению препарата  **[Якушин М.А. и др., 2023, МОНИКИ].**

18 января 2023 г. Апелляционное определение Омского областного суда.

Родители К. обратились с иском к Омскому онкодиспансеру и онкологу П. с иском о компенсации морального вреда (по 2 млн. руб.), причиненного смертью дочери. Постановлением Центрального райсуда Омска от 25.02.2021 уголовное дело по ч. 2 ст. 109 УК РФ, **прекращено в связи с истечением сроков давности.**

Заключением СМЭ установлено, что **причиной смерти дочери явилось отравление препаратом «Лидокаин» от передозировки при проведении местной анестезии, которая осложнилась острой сердечно-сосудистой недостаточностью, судорожным синдромом, клинической смертью, постреанимационной болезнью с очаговым некрозом головного мозга, что непосредственно привело к смерти, имеется причинно-следственная связь с наступлением смерти, имеет место причинение тяжкого вреда здоровью по признаку опасности для жизни вследствие расстройства жизненно важных функций организма, повлекшего смерть.**

В заключении эксперты пришли к выводу, что отравление препаратом «Лидокаин» в следствие передозировки находится в причинно-следственной связи с наступлением смерти. Развитие острой сосудистой недостаточности с наступлением клинической смерти в результате отравления препаратом расценивается как причинение тяжкого вреда здоровью по признаку опасности для жизни в следствие расстройства жизненно важных функций организма, повлекшего смерть.

В ходе проверки клинического случая установлено, что обследование, необходимое для проведения оперативного вмешательства, не проводилось, отсутствуют медицинская документация, направление, информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство, а также стандартная медицинская документация, используемая в онкодиспансере.

Суд, изучив инструкцию препарата «Лидокаин», пришел к выводу о том, что смерть наступила в результате действий дежурного врача Онкодиспансера П., допустившего при проведении операционного вмешательства передозировку анестетика «Лидокаин».

28 ноября 2022 г. приговором райсуда Оренбургской области признан виновным в причинении смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей анестезиолог-реаниматолог с ограничением свободы на 2 года и лишением права заниматься врачебной деятельностью на срок 2 года 6 месяцев.

В течение суток после операции аппендэктомии умерла беременная 23 нед.

Приговор основан на заключении комиссии судебно-медицинской экспертизы, где при участии анестезиолога-реаниматолога сделаны заведомо ложные выводы: 1) доза препарата бупивакаин (максикаин) для спинномозговой анестезии в 20 мг объявлена противопоказанной; 2) препарат бупивакаин (максикаин) противопоказан для спинальной анестезии у беременных; 3) причиной смерти беременной сроком 23 недели после аппендэктомии объявлена системная токсическая реакция на непоказанный и передозированный максикаин в дозе 20 мг; 4) полиорганная недостаточность – острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдром), отек легких и головного мозга возникли в результате системного токсического действия интратекально (под оболочки спинного мозга) введенного 20 мг максикаина; 5) гнойная двусторонняя субтотальная пневмония с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией COVID-19 – исключается в качестве причины смерти; 6) рост числа лейкоцитов после аппендектомии до $27 \times 10^9/\text{л}$, 33% палочко-ядерный сдвиг, тонущие фрагменты легких в процесс вскрытия, ателектазы, тромбозы, гиалиновые мембраны, макрофаги, слущенный эпителий, гнойный экссудат в альвеолах - расценены, как доказательство системной токсичности непоказанного и передозированного максикаина.

16 февраля 2023 г. приговор утвержден без изменений апелляционной инстанцией облсуда.

Анализ заключения комиссии СМЭ и приговора:

1. Вывод о системном токсическом действии интратекально введенных 20 мг непоказанного максикаина противоречит определению КР «Системная токсичность местных анестетиков» ФАР (2018; № МР 107), так как отсутствуют доказательства высокой концентрации препарата в крови.
2. Полиорганная недостаточность, ОРДС, ДВС-синдром, отек легких и головного мозга противоречат клинической картине системной токсичности.
3. Доза введенного бупивакаина соответствует требованиям Инструкции по применению -10-20 мг.
4. Бупивакаин показан для спинальной анестезии при хирургических операциях у беременных.
5. В составе комиссии СМЭ отсутствовали клинический фармаколог и инфекционист.
6. Утверждение об что остановке сердечной деятельности от системной токсичности через 8 часов после введения бупивакаина противоречит периоду его полувыведения - 2,7 часа.
9. Апофеозом является ложный вывод о том, что смерть пациентки ни коим образом не вызвана COVID-19, что категорически противоречит данным лабораторного патологоанатомического исследования (РНК коронавируса обнаружена в патологоанатомическом материале) и данным, приводимым самими экспертами в своем заключении: (ателектазы, тромбозы, гиалиновые мембраны, макрофаги, слущенный эпителий, гнойный экссудат). Данный вывод противоречит требованиям: Временных методических рекомендаций «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)»; Методических рекомендаций "Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19; рекомендаций ФАР по НКИ, ОРДС-синдрому, КР Внебольничная пневмония у взрослых»; Временных методических рекомендаций МЗ РФ и РЦСМЭ «Исследование умерших с подозрением на коронавирусную инфекцию (COVID-19)».

Анализ заключения комиссии СМЭ и приговора:

10. Вообще не рассмотрен вопрос о родоразрешении в 23 недели при показаний к родоразрешению в 23 недели со стороны матери – полиорганная недостаточность - тяжелая экстрагенитальная патология с декомпенсацией.

11. Не рассмотрен вопрос Медицинских критериев рождения: 1) срок беременности 22 недели и более при массе тела ребенка при рождении 500 грамм и более (или менее 500 грамм при многоплодных родах) или в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна, при длине тела ребенка при рождении 25 см и более» (масса плода более 500 г., длина тела 30 см.).

Каковы причины подобных судебных решений.

1. Материнская смертность – ответственность главы исполнительной власти субъекта РФ, что имеет соблазн переноса ответственности на стрелочника.
2. Член комиссии СМЭ по анестезиологии и реаниматологии – самое слабое и зависимое звено.
3. Отсутствие оценки ФАР действий членов комиссии СМЭ по анестезиологии и реаниматологии.
4. ФАР – недостаточно авторитетная ассоциация в вопросах взаимодействия с судебно-следственными органами.
5. Анестезиолог-реаниматолог – стигматизируемая фигура со слабой профессиональной поддержкой, на которую высок соблазн перенести уголовную ответственность.
6. Профессиональному сообществу, обществу в целом и органам управления здравоохранения безразлична проблема справедливости, достаточно наличие факта наказания лица вне зависимости от иных обстоятельств: имеет место тенденция «Потерпевшие сыты приговором, чиновники и руководители здравоохранения целы -кресла на месте!».

Выводы. 1. ФАР следует разработать механизм определения персональной ответственности анестезиологов-реаниматологов за заведомо ложные заключения. 2. ФАР следует определить круг лиц, полномочных принимать участие в работе комиссий СМЭ. 3. ФАР следует поставить вопрос перед законодателями об обязательном страховании профессиональной ответственности.

Кассационным определением Восьмого кассационного суда от 15 февраля 2023 г. по делу № 418/2023 утвержден Приговор Советского райсуда Улан-Удэ от 28 июля 22 г. (№ 1-143/2022) анестезиологу Ц. Детской КБ Улан-Удэ: лишения свободы на срок 4 года, с отбыванием в исправительной колонии общего режима и права заниматься врачебной деятельностью на срок 2 года 6 месяцев. Удовлетворить иск о компенсации морального вреда с Детской РКБ по 1 млн. руб. каждому потерпевшему.

Анестезиолог-реаниматолог Ц. при лечении малолетнего, находящегося в тяжелом состоянии, желая облегчить выполнение личных трудовых обязанностей, умышленно бездействуя, не обеспечил, не осуществил, не организовал и лично не провел надлежащий физикальный контроль и мониторинг за состоянием витальных функций его организма, а также лабораторные анализы газового состояния артериальной крови и кислотно-щелочного состояния. В результате Ц. своевременно не диагностировал у ребенка нарушение дыхания, не провел интубацию трахеи и перевод на ИВЛ, то есть своевременно не обеспечил ему искусственное замещение, поддержание и восстановление обратимо нарушенной жизненно важной функции дыхания.

Ц. осознавал общественную опасность своего бездействия в виде оказания некачественных медицинских услуг в нарушение предъявляемых требований безопасности жизни и здоровья ребенку в возрасте до шести лет.

Ц. предвидел возможность наступления общественно опасных последствий в виде смерти в результате своего умышленного бездействия, обусловленного отсутствием надлежащего физикального контроля и мониторинга за состоянием витальных функций организма ребенка, а также своевременной диагностики нарушения дыхания, проведения интубации трахеи и перевода на ИВЛ, но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывал на предотвращение этих последствий.

В результате вышеописанного умышленного, преступного бездействия Ц. в период с 18 часов до 22 часов произошло длительное гипоксическое страдание мозговой ткани в связи с острым нарушением дыхания, прогрессирование дыхательной недостаточности с понижением сатурации до 60 %, угнетением сознания до уровня сопор, что привело по состоянию на 22 часа к наступлению тяжелого необратимого гипоксического поражения головного мозга являющегося опасным для жизни, что обусловило тяжесть состояния ребенка с отрицательной динамикой, развитие полиорганной недостаточности, остановку сердечной деятельности и состоит в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти в 23 часа 47 минут в Детской РКБ.

Своевременное оказание Ц. медицинских услуг по лечению ФИО1 в виде надлежащего физикального контроля и мониторингового слежения за состоянием витальных функций организма ребенка, а также своевременной диагностики нарушения дыхания, проведения интубации трахеи и перевода на ИВЛ в период с 18 часов до 22 часов исключали наступление тяжелого необратимого гипоксического повреждения головного мозга и смерть.

Заключение СМЭ: изменения в головном мозге гипоксического характера, наступившие в результате острого нарушения дыхания во время нахождения ребенка в ОРИТ, обусловили тяжесть состояния пациента с отрицательной динамикой и развитием полиорганной недостаточности, что повлекло наступление остановки сердечной деятельности и смерти ребенка.

Имеется причинно-следственная связь между ненадлежащим наблюдением дежурным врачом реаниматологом за ребенком и недостаточной настороженностью его в оценке тяжести состояния пациента, вопреки «сложившейся врачебной практике» (подразумевается необходимая медицинская помощь в конкретных условиях), в период времени с 18 часов до 22 часов, что привело к несвоевременному переводу на ИВЛ ребенка и наступлению тяжелого необратимого гипоксического поражения головного мозга и смерти ребенка.

Стороной защиты представлены следующие доказательства.

Заключение судебно-медицинской экспертизы: смерть наступила от тяжелого необратимого поражения центральной нервной системы в виде тотального некроза вещества головного мозга, **развившегося в результате инфекционно-токсического шока, вызванного аспирационной правосторонней верхнедолевой пневмонией, тяжелой степени, течение которой осложнилось геморрагическим синдромом,** проявившимся состоявшимся желудочно-кишечным кровотечением, множественными кровоизлияниями в вещество головного мозга МСКТ ГМ и развитием полиорганной недостаточности.

Заключение специалистов Федерации анестезиологов и реаниматологов:

- первичной причиной поражения головного мозга явился инфекционно-токсический шок, а не острое нарушение дыхания; - основной причиной поражения головного мозга у пациента явился отек головного мозга, обусловленный вирусным его поражением.

СУД: Представленное стороной защиты заключение Федерации анестезиологов и реаниматологов суд расценивает критически, так как оно проведено не экспертами, а членами общественной организации, являющимися специалистами лишь в области анестезиологии-реаниматологии.

Специалист защиты в судебном заседании фактически дал показания в пользу стороны обвинения, указав на недостаточное наблюдение за ребенком в условиях реанимации, на отсутствие постоянного мониторинга, так как отсутствие ежечасного мониторинга за состоянием ребенка могло сказаться на правильной оценке его состояния. Проведение анализа КЩС позволило бы выяснить состояние ребенка более точно и при необходимости перевести его на ИВЛ.

Кассационное определение 8 Кас. суда от 15 февраля 2023 г.; смерть наступила не вследствие врачебной ошибки, а ввиду умышленного нарушения Ц. действующих правил и норм. Обладая необходимыми знаниями и квалификацией, Ц. осознавал, что состояние пациента создает реальную угрозу его жизни и здоровью, имел возможность обеспечить надлежащее наблюдение за пациентом и оказать ему своевременную и качественную медицинскую помощь, но не сделал этого.

Верховный суд 19.09.2022 г. в Определении № 14-КГ22-3-К1 высказался **самостоятельного принятия решения судами по установлению дефекта медпомощи при установлении факта подложности документа.**

А. обратилась в суд с иском о компенсации морального вреда, причиненного ей смертью матери К. по причине некачественно оказанной ей медицинской помощи в Воронежской ГKB № 3 в декабре 2019 г. и в Воронежской ГKB № 2 в январе 2020 г. и просила взыскать с компенсации морального вреда в размере 1 500 000 руб. и 2 500 000 руб. соответственно. Ответчики в суде иск не признали.

В деле имеется Акт ЭКМП Страховой компании «СОГАЗ-Мед» **о дефектах диагностики и сбора информации, о неправильной и несвоевременной постановке диагноза, о непроведении необходимых диагностических и лечебных процедур**, не выполнены требования Стандарта специализированной медицинской помощи при язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, утв. приказом МЗ РФ от 9 ноября 2012 N 773н: не было выполнено эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки. **Поздняя диагностика и отсроченное выполнение операции по поводу прободения привели к смерти К. в результате септических осложнений – перитонит, сепсис.**

Решением Центрального районного суда г. Воронежа от 26 мая 2021 г. в пользу А. взысканы компенсация морального вреда в размере 50 000 руб. и 300 000 руб. и судебные расходы в размере 122 тыс. руб. Апелляционная и кассационная инстанции оставили решение без изменения.

Судом установлено, что **медицинская карта** стационарного больного К. Воронежской ГKB № 3 **была частично утрачена и «восстанавливалась «по памяти» медицинских работников, о чем суд и лица, участвующие в деле, в известность поставлены не были.** Вместе с тем истцом в материалы дела была представлена заверенная Воронежской ГKB № 3 копия медицинской карты стационарного больного К., выданная ей.

При сравнительном анализе указанных документов судом были установлены значительные расхождения в описании состояния пациента К., данных клинических анализов и результатов диагностики, проводимого лечения и иных медицинских показателей. Медицинская карта К., признана судом подложным документом.

Верховный суд вернул дело на новое рассмотрение по причинам:

- Акт экспертизы СМО – самостоятельное доказательство по делу;

- при непредоставлении или предоставлении подложной Медкарты суд вправе признать факт ненадлежащего качества установленным.

В 2020 году в Нижневартовске на врача-анестезиолога заведено уголовное дело из-за смерти ребенка.

Следствие обвинило его в том, что в ходе анестезии он ввел лекарства без учета их взаимодействия, а также не проконтролировал пробуждение пациента.

Врачу-анестезиологу из Нижневартовска предъявлено обвинение в причинении смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей (ч.2 ст.109 УК РФ).

Врачу-анестезиологу из Нижневартовска предъявлено обвинение в причинении смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей (ч.2 ст.109 УК РФ).

По данным следствия, осенью 2020 года после операции, проведенной несовершеннолетнему на коленном суставе под общим наркозом, обвиняемый «ненадлежащим образом исполнил свои профессиональные обязанности по наблюдению за пробуждением пациента».

Установлено, что врач не выявил ухудшение состояния здоровья ребенка, «что повлекло поражение головного мозга, приведшее к нарушению сердечного ритма и смерти несовершеннолетнего».

13 сентября 2022 года Дело передано в суд, судебный процесс идет.

ДЕЛО № 1-232/2023 (1-1097/2022)

Постановление от 13 мая 2020 года Заволжского районного суда города Ульяновска.

07.08.2019 в 12:15 анестезиолог привлечен для назначения анестезиологического пособия, в связи с плановым оперативным вмешательством несовершеннолетнего, а именно подслизистой резекцией перегородки носа, подслизистой вазотомией нижних носовых раковин под общей анестезией, не желая надлежащим образом исполнять свои профессиональные обязанности, легкомысленно относясь к их исполнению, предвидя возможность наступления общественно опасных последствий своего бездействия в виде причинения вреда здоровью и возможности наступления смерти из-за неоказания ему полной и квалифицированной медицинской помощи, без достаточных к тому оснований, **самонадеянно рассчитывая на предотвращение этих последствий, решил не соблюдать требования Приказа №554н Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27.08.2018 «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-анестезиолог-реаниматолог»:**

1) не в полном объеме выяснил анамнез жизни, **а именно не установил и не учел факт наличия патологий сердца** (а именно: **синдрома вегето-сосудистой дистонии, феномена укорочения PQ (феномена WPW)**, пролапса митрального клапана 1 степени с регургитацией 1 степени, недостаточности трикуспидального клапана 1,2 степени, недостаточности легочного клапана 1 степени, синдром дисплазии сердца), по поводу которых регулярно амбулаторно обследовался и наблюдался врачом-кардиологом по месту жительства, при оценке имевшихся факторов риска развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы (в том числе, нарушения ритма сердца),

2) **не учитывая данные ЭКГ от 02.08.2019** с описанными в ней патологическими изменениями (а именно: наличие ЭКГ-признаков фокального нарушения внутрижелудочковой проводимости), не принял меры профилактики нарушения ритма сердца при проведении операции под общей анестезией, к которым относились: истребование и изучение амбулаторной медицинской карты пациента либо выписки из нее, проведение консультации врача-кардиолога либо врача-педиатра, и принял решение о допуске к проведению вышеуказанной операции, не обладая достаточными сведениями, необходимыми для принятия такого решения;

3) **предварительно не провел консультации врача-кардиолога либо врача-педиатра;**

4) **не осуществил ЭКГ-мониторинг во время операции** с целью контроля за электрической активностью сердца, что в последующем привело к несвоевременному выявлению и диагностике острого нарушения ритма сердца.

5) не осуществив ЭКГ-мониторинг во время операции с целью контроля за электрической активностью сердца, **не была своевременно проведена противоаритмическая медикаментозная терапия, направленная на купирование возникшего состояния** – внезапной пароксизмальной предсердной тахикардии;

Вывод суда: Преступное бездействие не позволило ему же самому своевременно диагностировать внезапную пароксизмальную предсердную тахикардию, провести противоаритмическую медикаментозную терапию, направленную на купирование возникшего состояния, тем самым предотвратив ее дальнейшее развитие и переход в фибрилляцию предсердий и далее в фибрилляцию желудочков с последующей остановкой сердечной деятельности (асистолией миокарда), приведшей к острому нарушению кровообращения.

Таким образом, наступившие последствия в виде смерти состоят в прямой причинно-следственной связи с ненадлежащим исполнением анестезиологом своих профессиональных обязанностей.

При этом анестезиолог предвидел возможность наступления общественно опасных последствий своих действий и бездействий в виде смерти, поскольку в собранном им анамнезе жизни имелись сведения о наличии у последнего патологий сердечно-сосудистой системы, но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывал на предотвращение этих последствий.

Действия квалифицированы по ч. 2 ст. 109 УК РФ, как причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей.

В суд поступило уголовное дело с ходатайством следователя о прекращении уголовного дела и уголовного преследования с назначением подозреваемому меры уголовно-правового характера в виде судебного штрафа.

Подозреваемый в судебном заседании просил прекратить уголовное дело с назначением ему меры уголовно-правового характера в виде судебного штрафа, пояснив, что вину по уголовному делу признает, в содеянном раскаивается, ущерб потерпевшим возместил, готов выплатить штраф в установленный судом срок.

Согласно ст. 76.2 УК РФ лицо, впервые совершившее преступление небольшой или средней тяжести, может быть освобождено судом от уголовной ответственности с назначением судебного штрафа в случае, если оно возместило ущерб или иным образом загладило причиненный преступлением вред.

Из материалов уголовного дела и заявлений потерпевших следует, что им возмещен причиненный преступлением вред, потерпевшие к подозреваемому претензий не имеют.

Суд П О С Т А Н О В И Л:

Уголовное дело в отношении подозреваемого в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, прекратить, назначить меру уголовного - правового характера в виде судебного штрафа в размере 100 000 рублей.



Повышение юридической грамотности в процессе оказания медицинской помощи как гарантия защиты прав субъектов медицинских правоотношений

Ткачева Наталья Николаевна, кандидат юридических наук, доцент кафедры гражданского процесса Саратовской государственной академии права, город Саратов

Адрес автора для переписки: nttkachewa@yandex.ru

В статье рассматриваются основные вопросы, озвученные 11 февраля 2022 г. на втором Всероссийском медицинском форуме «Актуальные вопросы медицинского права». Анализируются основные проблемы, влияющие на организацию процесса оказания медицинской помощи, а также возможные правовые риски при ее ненадлежащем оказании врачами. Исследуются условия, при которых возможно наступление негативных правовых последствий как для врача, так и для медицинской организации при оказании некачественной медицинской помощи, совершения врачебной ошибки. Отмечено, что отсутствие в некоторых медицинских организациях юридических служб негативно сказывается на взаимоотношениях между врачом и пациентом, а также врачом и администрацией медицинского учреждения, в случаях, когда нормы медицинского права не соблюдаются с той или иной стороны. Сделан вывод о том, что роль юриста в сфере охраны здоровья трудно переоценить. Необходимо повышать уровень юридической грамотности в целях профилактики нарушений в сфере здравоохранения и не допускать снижения качества оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации.

Необходимость организации медико-правовой работы в субъекте РФ, как фактор, способствующий снижению рисков ненадлежащего осуществления медицинской деятельности (практика Хабаровского края)

Свередюк Максим Геннадьевич, юрист в сфере здравоохранения, доцент кафедры организации здравоохранения и медицинского права Института повышения квалификации специалистов здравоохранения Министерства здравоохранения Хабаровского края, город Хабаровск

Адрес автора для переписки: uristms27@bk.ru

В статье анализируются факторы, способствующие нарастанию тенденции юридической ответственности в медицине. Говорится о необходимости выстраивания медико-правовой работы на региональном уровне, с целью снижения рисков ненадлежащего осуществления медицинской деятельности. Показан опыт Хабаровского края в организации данной работы, приводятся статистические показатели.



КАПИТАЛ
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

