



V ВСЕРОССИЙСКИЙ  
КОНГРЕСС  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ  
УЧАСТИЕМ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ  
МЕДИЦИНЫ КРИТИЧЕСКИХ  
СОСТОЯНИЙ

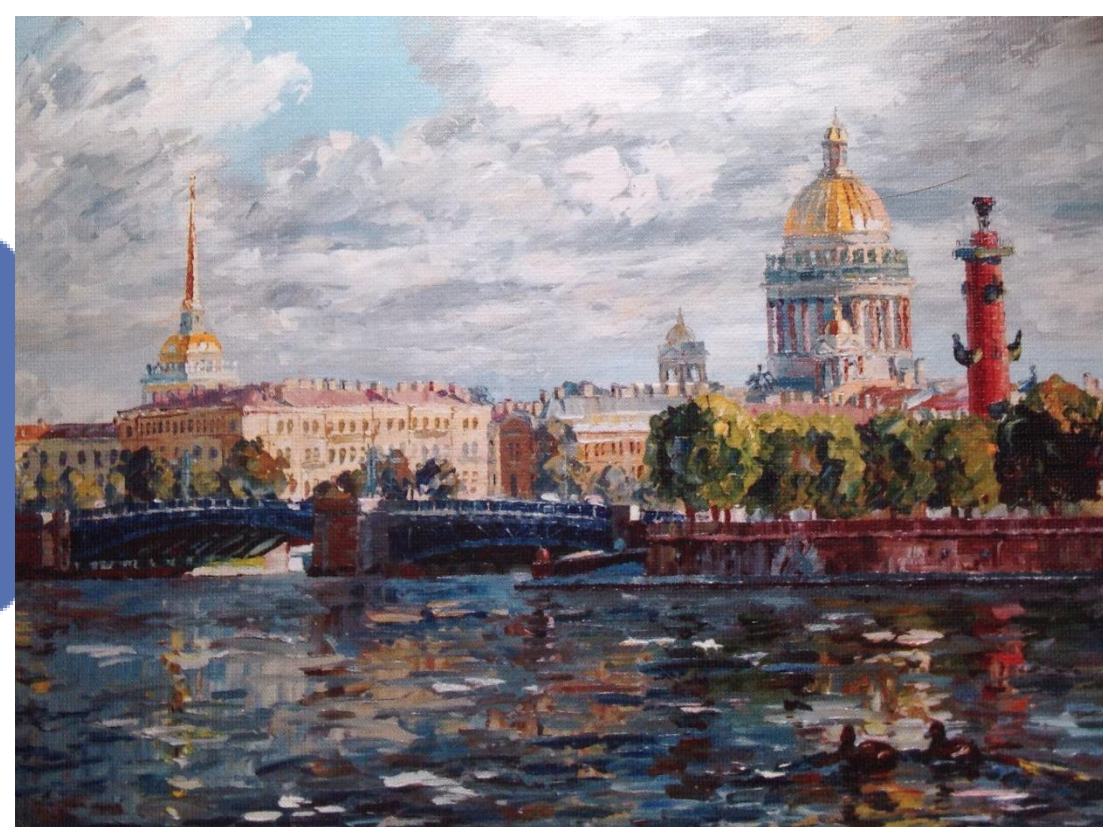
11-13 мая 2023  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ



**КАПИТАЛ**  
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ



**АНЕСТЕЗИОЛОГ - РЕАНИМАТОЛОГ –  
ПОТЕНЦИАЛЬНО КРИМИНАЛЬНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ,  
ЖЕРТВА ИНТЕРЕСОВ ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ  
И ОГОВОРА СУДМЕДЭКСПЕРТИЗЫ,  
БАСТАРД ЗНАЧИМЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН  
ИЛИ СТРАДАЛЕЦ НЕЗРЕЛОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ ?**



**Старченко А.А., д.м.н., профессор  
Санкт-Петербург  
12 мая 2023 г.**





**Федеральный закон от 26 июля 2019 г. N 224-ФЗ:**

**Закон РФ № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ».**

**Статья 11. Государственные судебно-экспертные учреждения.**

...организация и производство судебной экспертизы могут осуществляться экспертными подразделениями Следственного комитета РФ.

**Закон РФ № 403-ФЗ "О Следственном комитете РФ»:**

4. Основными задачами Следственного комитета являются: 3.1) организация и производство в судебно-экспертном учреждении Следственного комитета судебных экспертиз, назначенных в соответствии с уголовно-процессуальным законодательством Российской Федерации

**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)».

Специалистами ежегодно проводится порядка 30 тысяч экспертиз и исследований, результаты которых зачастую решают судьбу резонансных и сложных в раскрытии преступлений.

Копия  
Экз. № 40  
Для служебного пользования  
Экз. № 1

СЛЕДСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

11.09.2011 № 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

РС 0046407

Следственный комитет Российской Федерации  
№84/220рсп





**В НОМЕРЕ:**

- ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ
- ХИРУРГИЯ
- АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ
- ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ
- ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ
- ЭНДОКРИНОЛОГИЯ
- КАРДИОЛОГИЯ
- ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ
- ВОССТАНАВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА
- ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ,  
ОРГАНИЗАЦИЯ И СОЦИОЛОГИЯ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
- СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА
- КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

Издается  
с ноября  
2002 года

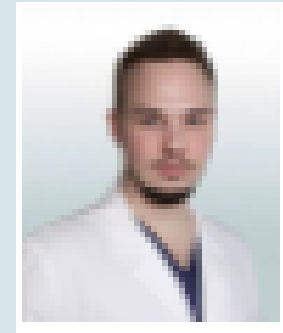


№ 1  
2023  
ТОМ СХХII

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



**СПИРИДОНОВ В.А.,**  
д.м.н., доцент, руководитель  
отдела судебно-медицинских исследований «ИКУ»  
«Судебно-экспертный центр  
Следственного комитета  
Российской Федерации», за-  
ведующий кафедрой судебно-  
медицины «ГБОУ ВО «Казанский государственный  
медицинский университет» Минздрава  
России, [spiridonov@yandex.ru](mailto:spiridonov@yandex.ru)



**АНИСИМОВ А.А.,**  
асpirант кафедры судебно-  
медицины «ГБОУ ВО «Казанский государственный  
медицинский университет»  
Минздрава России, старший  
преподаватель кафедры не-  
отложной медицинской помощи и симуляционной  
медицины Института фундаментальной медицины  
и биологии «ГАСУ ВО «Казанский (Приволжский)  
федеральный университет», [anisimov@yandex.ru](mailto:anisimov@yandex.ru)

В статье описана история формирования и развития судебно-медицинского отдела в системе Следственного комитета Российской Федерации. Представлены результаты деятельности отдела в уголовном процессе, в частности, при расследовании дел, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи. Определено место отдела в отечественной системе судебно-медицинской деятельности.

**Ключевые слова:** комиссия судебно-медицинская экспертиза, дефекты оказания 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 Investigation Committee of the Russian Federation. The authors presented the results of the Department's activities in the criminal process, in particular, in the investigation of cases related to inadequate medical care. The place of the Department in the national forensic system was described.

**Key word:** board forensic medical examination, medical care defects.

**Введение**

Более 100 лет судебно-медицинская служба России функционирует как неотъемлемая часть государственной системы здравоохранения. В связи с резким падением медико-санитарного обеспечения населения после революции 1917 г. в стране были созданы медико-санитарные отделы, врачебные коллегии и чуть позже, в 1918 г., Народный комиссариат здравоохранения РСФСР, в ведение которого среди прочего вошла и организация судебно-медицинской деятельности. Исследованию истории становления судебно-медицинской службы России и регионов сегодня посвящены многочисленные исследования [1–7].

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

Эффективность и правильность такого подхода долгое время не вызывала сомнений. Однако в последние годы, ввиду повышения правовой грамотности населения и стремительного развития рыночных отношений, традиционная модель всё больше стала подвергаться критике: как со стороны граждан, так и со стороны профессиональных юридических и медицинских сообществ [10–13].

Вместе с тем в России из года в год растет количество обращений в правоохранительные органы с жалобами на неблагоприятные исходы оказания медицинской помощи. Так, число жалоб в Следственный комитет России (СКР) в отношении медицинского персонала в 2012 г. составило 2 100, в 2016-м – 4 947, в 2017-м – 6 050, в 2018-м – 6 623, в 2019-м – 6 599, в 2020-м – 5 452. Возбуждено уголовных дел, соответственно, 311, 878, 1 791, 2 229, 2 168, 1 639. В 2021-м по факту 6 248 жалоб было возбуждено 2 095 (33%) уголовных дел. Таким образом, в среднем уголовные дела следователи возбуждают примерно в одной трети случаев, а в остальных случаях всё завершается на уровне материала проверки.

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 возбужденных дел. В 79% случаев уголовные дела были переданы в суд с обвинением в адрес медицинских работников по статьям «причинение 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-медицинских экспертов СЭЦ СК России являются:

- проведение комиссионных СМЭ с акцентом на неблагоприятные исходы оказания медицинской помощи, так как подобные экспертизы наиболее востребованы следствием;
- участие в следственных действиях, в том числе опросах/допросах медицинских работников, организаторов здравоохранения;
- консультативная помощь следователям как при назначении экспертиз, так и при их оценке;
- участие в организационно-методическое обеспечение эксгумаций.

Всего за 2021 г. экспертами СЭЦ СК России было выполнено 308 комиссионных (комплексных) судебно-медицинских экспертиз в рамках уголовных дел и материалов проверок. В 79% случаев это были экспертизы, связанные с ненадлежащим оказанием медицинской помощи. Одним из

критериев отбора на выполнение экспертизы в СЭЦ СК России являлось наличие значимых противоречий в выводах ранее проведенных не менее 2-х комиссионных экспертиз по данному уголовному делу. Одновременно с этим отмечались случаи назначения первичной КСМЭ по ходатайству потерпевшей стороны из-за отказов региональных БСМЭ от проведения экспертизы или «недоверия к экспертам государственных учреждений здравоохранения».

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

**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.



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 лечащего/дежурного врача).



**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

5. Диагностика положения катетера

- 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 залегании 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. (дело № 77-719/2021): 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 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.**



**Приговором Советского районного суда Алтайского края от 9 января 2023 г.** анестезиологи-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 только 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 мл 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, обоих 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 такому 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;

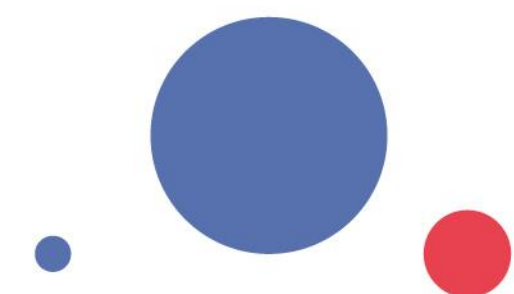
6.2.6. острая дыхательная недостаточность тяжелой степени;

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

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

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





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;
- внутриартериальное 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.**

**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».



**АНЕСТЕЗИОЛОГ - РЕАНИМАТОЛОГ –  
ЖЕРТВА ИНТЕРЕСОВ ОРГАНОВ  
УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ И  
ОГОВОРА СУДМЕДЭКСПЕРТИЗЫ**

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.

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

В течение суток после операции аппендэктомии умерла беременная 23 недель.

**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 -передозировка;
- 2) препарат бупивакаин (максикаин) противопоказан для спинальной анестезии у беременных; 3) препарат введен выше L3

**Показания к применению**

Спинальная анестезия при хирургических операциях на нижних конечностях, в том числе, операциях на бедре, длящихся 3-4 часа и требующих выраженного моторного блока.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ  
ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА  
Максикаин®**

Регистрационный номер:

Торговое наименование: Максикаин®

Международное непатентованное наименование: бупивакаин.

Лекарственная форма: раствор для инъекций.

Состав:

Действующее вещество:

Бупивакаина гидрохлорида моногидрат - 5,28 мг,

(в пересчете на бупивакаина гидрохлорид) - 5 мг

**Способ применения и дозы**

Максикаин® должен применяться только врачами, имеющими опыт проведения регионарной анестезии, или под их наблюдением. Необходимо использовать наименьшую из возможных доз для адекватной анестезии.

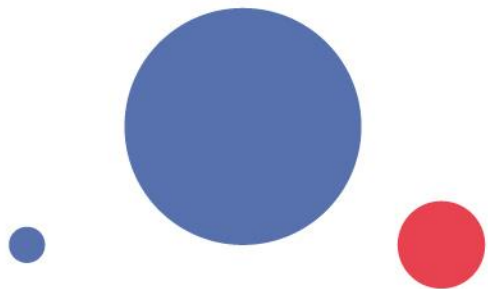

Дозы, приведенные ниже, являются ориентировочными для взрослых пациентов. Дозу следует корректировать индивидуально для каждого конкретного пациента.

У пациентов пожилого возраста и женщин на поздних сроках беременности следует использовать препарат в уменьшенной дозе.

**Рекомендуемые дозы для препарата Максикаин® у взрослых**

Показание	Доза, мл	Доза, мг	Начало действия, мин (примерно)	Длительность действия, часы (примерно)
Хирургические операции на нижних конечностях, в том числе и на бедре	2-4	10-20	5-8	1,5-4

Рекомендуемая область введения - ниже L3.

- 
- 
- 4) причиной смерти беременной сроком 23 недели после аппендэктомии объявлена системная токсическая реакция на непоказанный и передозированный максикаин в дозе 20 мг;
  - 5) 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;
  - 6) гнойная двусторонняя субтотальная пневмония с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией COVID-19 – исключается в качестве причины смерти;
  - 7) рост числа лейкоцитов после аппендэктомии 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.
- 



Председателя - Гавричкова В.Ю., врача судебно-медицинского эксперта, главного внештатного специалиста по судебно-медицинской экспертизе Минздрава Чувашии, заместителя по экспертной работе начальника БУ «РБСМЭ» Минздрава Чувашии, высшей квалификационной категории, имеющего высшее медицинское образование, стаж работы по специальности 27 лет, сертификаты специалиста по судебно-медицинской экспертизе (№0121241175507 действует до 2022 года), специалиста по организации здравоохранения и общественному здоровью (№0721241514528, действует до 2023 года), прошедшего повышение квалификации по дополнительной профессиональной программе «Контроль качества оказания медицинской помощи» (удостоверение от 21.12.2015г. №212403671319),

членов комиссии: Дерипаско Т.В., главного внештатного специалиста по акушерству и гинекологии Минздрава Чувашии, заслуженного врача РФ, заведующей акушерским дистанционным консультативным центром БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии, врача акушера-гинеколога высшей квалификационной категории, стаж работы 49 лет,

Петровой Т.И., главного внештатного специалиста аллерголога-иммунолога Минздрава Чувашии, врача-аллерголога-иммунолога БУ «Городская детская клиническая больница» Минздрава Чувашии, высшей квалификационной категории, стаж работы 42 года,

Олигера А.А., главного внештатного специалиста хирурга и эндоскописта Минздрава Чувашии, заместителя главного врача по хирургическим вопросам, врача-хирурга высшей квалификационной категории БУ ЧР «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии, стаж работы 14 лет,

Орешникова С.Ф., заведующей отделением анестезиологии-реанимации, врача-анестезиолога-реаниматолога высшей квалификационной категории БУ «БСМП» Минздрава Чувашии,

Аврелькиной Е.В., врача-патологоанатома ЧМПАО №2 БУ «РБСМЭ» Минздрава Чувашии, сертификат специалиста по патологической анатомии (№1177180975680 действует до 2025 года), первой квалификационной категории, имеющей высшее медицинское образование, стаж работы 12 лет, кандидата медицинских наук, сертификат специалиста по судебно-медицинской экспертизе (№1102242463721 действует до 2024 года) стаж работы менее года,

эксперта-организатора по делу - Семенова Г.Г., врача-судмедэксперта отдела сложных и комиссионных экспертиз БУ «РБСМЭ» Минздрава Чувашии, высшей квалификационной категории, кандидата медицинских наук, стаж работы по специальности 18 лет (сертификат специалиста по судебно-медицинской экспертизе (№1177180900098, действует до 2024 года), прошедшего повышение квалификации по дополнительной профессиональной программе «Контроль качества оказания медицинской помощи» (удостоверение от 26.04.2019года №212408372994),



МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Методические рекомендации

## Системная токсичность местных анестетиков

МКБ 10: T41.3/O29.3/O74.4/O89.3

Год утверждения (частота пересмотра): 2018 (пересмотр каждые 3 года)

Возрастная категория: Взрослые

ID: МР107

URL:

Профессиональные ассоциации:

- Общероссийская общественная организация «Федерация анестезиологов и реаниматологов»

### 1. Краткая информация

**Системная токсичность местных анестетиков – измененная системная реакция на высокую концентрацию местного анестетика в крови.**

### 3. Клиническая картина системной токсичности местным анестетиком

Системная токсичность местным анестетиком может проявляться нейротоксическим или кардиотоксическим действием, или же их сочетанием.

В зависимости от препарата и скорости его всасывания пациенты могут переходить от состояния бодрствования до судорог за очень короткое время. Частота развития судорожного синдрома не коррелирует со снижением артериального давления. При применении лидокаина вначале появляются признаки нейротоксичности, токсический эффект бупивакаина может сразу проявиться недостаточностью кровообращения тяжелой степени.

Таблица 1. Симптомы системной токсичности местных анестетиков

№	Действие	Признак
1	Нейротоксическое действие	— неспецифические признаки (металлический вкус, нечувствительность вокруг рта, диплопия, звон в ушах, головокружение); — возбуждение (беспокойство, смятение, подергивание мышц, судороги); — депрессия (сонливость, оглушение, кома или апноэ); — быстрая потеря сознания с развитием тонико-клонических судорог или без.
2	Кардиотоксическое действие	— нарушения ритма сердца: тахикардия, брадикардия, вплоть до асистолии;

		— нарушения проводимости с расширением QRS-комплекса; — другие варианты желудочковых аритмий (желудочковая тахикардия, пируэтные экстрасистолы, часто переходящие в фибрилляцию желудочков или асистолию); — сердечно-сосудистый коллапс, связанный со снижением сократимости миокарда.
--	--	---

### 4. Сроки развития системной токсичности местных анестетиков

Сроки развития системной токсичности местных анестетиков составляют:

- менее 60 сек - внутрисосудистое введение местного анестетика;
- 1-5 мин. - частичное внутрисосудистое введение местного анестетика;
- 15 мин. - введение потенциально токсической дозы местного анестетика для периферической регионарной анестезии (максимальной разовой дозы).

- ! При введении потенциально токсической дозы местного анестетика (максимальной разовой дозы), рекомендовано наблюдать за пациентом не менее 30 минут для оценки признаков развития системной токсичности [11].

Уровень убедительности рекомендации доказательства – I. (уровень достоверности доказательств – C).



Опасность места введения расположена в порядке убывания опасности:  
внутришлевральная блокада > межреберная блокада > эпидуральная анестезия > блокада периферических нервных сплетений и стволов > инфльтрационная анестезия.

### 5.1 Основные принципы профилактики токсического действия местных анестетиков

- Для снижения вероятности развития системной токсичности местных анестетиков рекомендовано использование ультразвуковой навигации регионарной анестезии [12, 13].

Уровень убедительности рекомендации – I (уровень достоверности доказательств – A)

- Рекомендовано введение анестетика маленькими дозами по 3-5 мл и остановкой на 15-30 сек с этапной оценкой наличия признаков системной токсичности [11].

Уровень убедительности рекомендации – I (уровень достоверности доказательств – C).

- Рекомендовано обязательное выполнение аспирационных проб на всех этапах манипуляции [11].

Уровень убедительности рекомендации – I (уровень достоверности доказательств – C).

- Рекомендовано обязательное соблюдение диапазона рекомендуемых доз местного анестетика [11].

Уровень убедительности рекомендации – C (уровень достоверности доказательств – D).

Комментарии: дозировки препаратов для регионарной анестезии (на основании инструкций) представлены в Приложении Г2.

- Рекомендовано использование специальных игл для регионарной анестезии, обеспечивающих введение местного анестетика по методике «неподвижной иглы» [11].

Уровень убедительности рекомендации – IIa (уровень достоверности доказательств – C).

### 5.2 Условия выполнения регионарной анестезии

- Любая регионарная анестезия должна быть выполнена в условиях, предусматривающих наличие препаратов и оборудования для сердечно-легочной реанимации [11].

Уровень убедительности доказательства – I (уровень достоверности доказательств – C).

- Проведение регионарной анестезии рекомендовано только при обеспечении сосудистого доступа периферическим венозным катетером для внутривенного введения препаратов [11].

Уровень убедительности рекомендации – I (уровень достоверности доказательств – C).

### **Критерии оценки качества медицинской помощи**

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
1.	Выполнение регионарной анестезии в условиях, предусматривающих наличие препаратов и оборудования для сердечно-легочной реанимации	I	C
2.	Соблюдение дозировки используемого местного анестетика	I	C
3.	Применение жировой эмульсии в ходе проведения сердечно-легочной реанимации при остановке кровообращения, вызванной системной токсичностью местными анестетиками	I	C

## 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)».

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 – 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 ложные заключения – подача иска.

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.



---

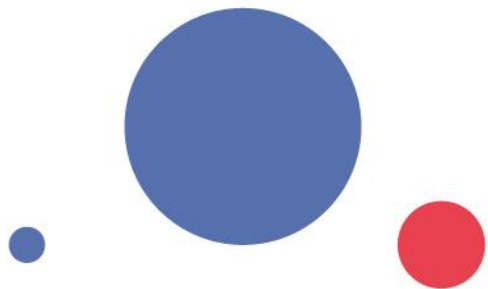
**Кассационным определением Восьмого кассационного суда от 15 февраля 2023 г. по делу № 7У-418/2023 утвержден Приговор Советского райсуда Улан-Удэ от 28 июля 22 г. (№ 1-143/2022) анестезиологу Ц. Детской КБ Улан-Удэ: лишения свободы на срок 4 года, с отбыванием в исправительной колонии общего режима 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.** Обладающий 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.

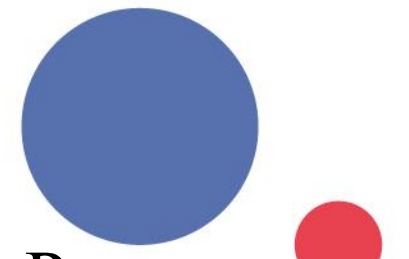
**Приговор Высокогорского районного суда Республики Татарстан 03 июля 2020 года  
осуждена по части 2 статьи [109 УК РФ](#) к ограничению свободы на 1 год.**

В период с 13:30 по 13:40 *анестезиологом* на этапе подготовки к проведению операции лапароскопической холецистэктомии по поводу ЖКБ и острого калькулезного холецистита проведен осмотр, определен риск анестезии, определена трудность введения эндотрахеальной трубки (ЭТТ) в трахею по методу прогнозирования трудной интубации, основанный на визуализации у пациента мягкого неба, зева, миндалин и язычка по классу – III (далее по тексту – MALLAMPATI). В 13:40 произведен вводный наркоз, а именно внутривенно введены медицинские препараты тиопентал натрия, реланиум, кетамин, в дозах, достаточных для защиты мозга от гипоксии и предупреждения патологической активации симпатoadреналовой системы. Также ею внутривенно введено лекарственное средство – листенон, являющееся миорелаксантом, снижающие тонус скелетной мускулатуры с уменьшением двигательной активности вплоть до полного обездвиживания. После этого, в период с **13:40 по 13:55 проведено 6 попыток интубации** трахеи для искусственной вентиляции легких последнего. В 13:55 на этапе подготовки к проведению операции - интубации трахеи произошла остановка сердца. После этого начаты реанимационные мероприятия, проводимые в течении 30 минут, которые не имели успеха и в 14:25 констатирована смерть.

**Непосредственной причиной смерти** явилась гипоксия (кислородное голодание), развившаяся в результате многократных (6) попыток интубации трахеи на фоне применения миорелаксантов (препарат, обеспечивающий полный паралич и расслабление всех поперечнополосатых мышц, при которых самостоятельное дыхание отсутствует), что подтверждается данными судебно-гистологической экспертизы (серозно-геморрагический отек, очаговые внутриальвеолярные кровоизлияния в легких, спазм части преимущественно мелких бронхов, участки острой эмфиземы, микроателектазов; кровоизлияния в стенке крупного бронха, в адвентициальной оболочке трахеи) и клинической картиной (цианоз верхней половины туловища и набухание шейных вен).

Учитывая многократные (6) попытки проведения интубации трахеи (сопровождаясь раздражением окончаний блуждающего нерва) в течение короткого промежутка времени, имеющую место гипоксию, клиническую картину (цианоз верхней части туловища и набухание шейных вен), микроскопические признаки нарушения сердечного ритма, неравномерное кровенаполнение сосудов сердца с очагами малокровия в миокарде, со спазмом и плазматизацией стенок артериол, причиной смерти явилась рефлекторная остановка сердца с фибрилляцией желудочков, на фоне гипоксии, осложнившаяся отеком легких и отеком головного мозга.





**Апелляционное постановление ВС РТ № 22-5575/2020 от 11.08.2020 г. по делу № 22-5575/2020: приговор в силе.**

Подсудимая Ш. свою вину не признала и показала, что ею проведено не 6 попыток интубации трахеи как она указала в отчете, а 4 попытки. Рекомендация о проведении только двух попыток интубации трахеи не является нормативным актом, обязательным к исполнению. Ей предприняты все необходимые и стандартные меры по реанимации Н. При этом признаков гипоксии у пациента не было. Утверждает, что экспертизами выявлены разные дефекты медицинской помощи и поэтому они неверны.

Эксперт М.. показал, что он в составе комиссии провел повторную СМЭ. Оборудование, перечисленное в приказах, должно быть в распоряжении врача анестезиолога -реаниматолога ввиду возможных проблем у любого пациента при интубации трахеи. Отсутствие данного оборудования ставит под угрозу жизнь больного. **Пациента можно было перевести в лечебное учреждение с имеющимся медицинским оборудованием, либо вызвать к себе специалистов анестезиологов - реаниматологов с данным оборудованием. Согласно клиническим рекомендациям «Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей в стационаре, 2018 г., пересмотр 2», рекомендуется две попытки интубации трахеи. При безуспешной интубации трахеи с двух попыток рекомендовано «разбудить» пациента или по возможности перейти на альтернативные методы анестезии. Необходимо собрать анамнез, провести обследования на возможность трудной интубации.**

**Виновность Шевченко Т.И. подтверждена письменными материалами дела:**

- **протоколом клинического разбора** о том, что имелись предпосылки к предотвращению летального исхода при своевременной смене тактики, а именно прекращение попыток интубации трахеи и «раздыхивания» больного маской, наложение трахеостомии;

- **посмертным эпикризом** Н. о том, что во время ввода наркоза, многократной попытки интубации произошла внезапная остановка сердца. На фоне острой сердечно-сосудистой недостаточности констатирована смерть.

Показания подсудимой о невиновности суд апелляционной инстанции расценивает как форму защиты, признавая их желанием избежать уголовной ответственности. Суд первой инстанции пришел к верному выводу о недостоверности показаний подсудимой. Заключение судебно-медицинских экспертиз установлено наличие в действиях Ш. дефектов оказания медицинской помощи, и прямая причинная связи этих действий со смертью Н.

Довод защитника о необходимости признания недопустимыми доказательствами этих экспертиз несостоятелен. Утверждение Ш. о проведении ею четырех попыток интубации трахеи вместо шести опровергаются показаниями свидетеля Л., собственными показаниями Ш., в ходе следствия, судебно-медицинскими экспертизами и Картой анестезии.

**Суд второй инстанции учитывает, что подсудимой были нарушены требования о необходимости прекращения попыток интубации трахеи при более двух попытках ввода и обязательности применения больному «раздыхивания» маской, чего не было сделано Ш. Ш. была нарушена должностная инструкция, ею допущены нарушения при оказании медицинской помощи.**

Вывод о совершении Ш. преступления, предусмотренного частью 2 статьи [109 УК РФ](#), судом первой инстанции сделан на основании полной и объективной проверки полученных на предварительном и судебном следствии доказательств, которым дана всесторонняя оценка. С данным выводом суд апелляционной инстанции полностью соглашается.



Так, анестезиолог, игнорируя свои должностные обязанности и вышеперечисленный приказ и клинические рекомендации МЗ РФ 2018 года: «Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей в стационаре», не применила в полном объеме свои специальные познания и навыки в области медицины.

При этом, она легкомысленно относясь к исполнению своих обязанностей, предвидя возможность наступления общественно-опасных последствий своего бездействия в виде наступления смерти из-за неоказания ему полной и квалифицированной медицинской помощи, без достаточных к тому оснований, самонадеянно рассчитывая на предотвращение этих последствий, не выполнила в полной мере возложенные на нее должностной инструкцией, приказом Минздрава РФ «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю *«анестезиология и реанимация»*», клиническими рекомендациями МЗ РФ 2018 года ФАР «Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей в стационаре», нормативно-правовыми актами и иным федеральным законодательством задачи по оказанию медицинской помощи больному.

**Суд приговорил: признать виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, и назначить ей наказание в виде ограничения свободы сроком на 1 (один) год.**

### **Приговор 20 февраля 2020 года Черногорского городского суда Республики Хакасия**

При подготовке к операции начав проведение индукции в наркоз, **небрежно ввел интубационную трубку в пищевод больного** вместо трахеи, что незамедлительно негативно сказалось на состоянии здоровья пациента и вызвало угрозу для его жизни. Ухудшение состояния больного, вплоть до развития острой дыхательной недостаточности, терминального состояния, вызвано дефектами проведения интубации трахеи и перевода больного на искусственную вентиляцию легких, что рассматривается как причинение тяжкого вреда его здоровью по признаку опасности для жизни. **В 12:15 минут произошла остановка кровообращения, но несмотря на это, анестезиолог должной медицинской помощи пациенту оказывать не стал и, не выполнив в полном объеме свои профессиональные обязанности, покинул операционную, нарушив преемственность в оказании реанимационной помощи передал проведение реанимационных мероприятий другому анестезиологу.** Проведенные реанимационные мероприятия эффекта не дали и в 12:45 была констатирована смерть от острой дыхательной недостаточности, развившейся вследствие небрежного введения интубационной трубки в пищевод больного, с отключенным спонтанным дыханием, после введения миорелаксантов, что исключило проведение должной и своевременной искусственной вентиляции легких. Вышеуказанные действия врача состоят в прямой причинно-следственной связи с развитием острой дыхательной недостаточности тяжелой степени и наступлением смерти последнего от гипоксии.

Суд приговорил: признать виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, и назначить ему за данное преступление наказание в виде ограничения свободы на срок 1 год 11 месяцев, дополнительное наказание в виде лишения права заниматься профессиональной деятельностью врача анестезиолога – реаниматолога сроком на 1 год 11 месяцев.



## **Постановление Пролетарского районного суда г.Тулы от 08.05.2019**

Малолетняя пациентка поступила в ОРИТ в 20:20: «Общее состояние ребенка тяжелое, обусловлено площадью и глубиной полученных ожогов, ожоговым шоком 1-2 ст., а также предварительный диагноз: «Термический ожог кипятком спины, шеи, верхних конечностей, левой ноги, площадью около 25%. Ожоговый шок 1-2 ст. Ожирение»».

СУД УСТАНОВИЛ: **анестезиолог, осознавая, что является лечащим врачом** и состояние здоровья последней непосредственно зависит от надлежащего исполнения им своих профессиональных обязанностей, не предвидя возможности наступления общественно опасных последствий, а именно наступления смерти вследствие ненадлежащего исполнения им своих профессиональных обязанностей, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должен был и мог предвидеть эти последствия, в период с 20:20 по 05:30 следующих суток, находясь в помещении ОРИТ, в нарушение положений ч.ч. 4,5 ст. 10, ст. 18, ч.ч. 1,2 ст. 19, ч.ч. 2, 5 ст.70, п. 1 ч.2 ст.73 Закона № 323-ФЗ от «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», гл.3 Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, а также в нарушение положений ч.1, п.п. 2,4,7,14 ч.2, ч.4 **Должностной инструкции** и стандарта, не исполнил должным образом свои профессиональные обязанности по своевременному и квалифицированному обследованию и лечению, а именно:

1) **неправильно применил дозировку обезболивающего препарата**, то есть, не выполнил адекватную обезболивающую терапию при поступлении в стационар и при последующем оказании ей медицинской помощи (неправильная доза промедола, который в правильно подобранной дозировке должно вызывать полное обезболивание и в достаточной степени релаксацию мышц), что привело к спазму сосудов и как следствие явилось одной из причин олигоанурии и одним из факторов развития почечной недостаточности последней);

2) **не проводил лично и не организовал проведение до 04:00 мониторинга гемодинамических показателей каждый час** для коррекции инфузионной терапии; провел некорректную инфузионную терапию, провел некорректную инфузионную терапию (за 7 часов нахождения в стационаре общий объем инфузионной терапии составил 1040 мл, из которых 500 мл составил физиологический раствор, однако согласно клиническим рекомендациям протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при ожогах у детей, Москва 2015 год, необходимо сочетать раствор Рингера и кристаллоиды при почасовом мониторинге гемодинамических показателей), при общем объеме инфузионной терапии 1040 мл, объем выделенной мочи составил всего лишь 10 мл, что явилось одним из факторов развития отека легких;

3) **не назначил проведение рентгенографии органов грудной клетки** с целью диагностики гидроторакса и корректировки проводимой терапии, а также в нарушение **Должностной инструкции не выполнил пункцию плевральной полости для удаления находившейся в ней жидкости.**

Смерть наступила в 06:00 в ОРИТ в результате ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей анестезиологом от термических ожогов 2-3а степени, общей площадью примерно около 40% поверхности тела, осложнившихся на начальном этапе шоком, а в последующем в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи (некорректная инфузионная и обезболивающая терапия), развитием острого респираторного дистресс-синдрома и далее развитием отека легких.

Данные ожоги относятся к тяжкому вреду, причиненного здоровью человека по признаку опасности для жизни, в соответствии с п. 6.1.28 «Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», утвержденных приказом Минздравсоцразвития РФ от 24.02.2008г. № 194н.

Между указанными дефектами медицинской помощи, допущенными врачом-анестезиологом и наступлением смерти имеется прямая причинно-следственная связь.

**Таким образом, органами предварительного следствия обвиняется в совершении преступления, предусмотренного ч.2 ст.109 УК РФ.**

В предварительном слушании обвиняемый просил прекратить уголовное дело в связи с истечением сроков давности уголовного преследования. **Подтвердил суду, что осознает последствия удовлетворения этого ходатайства, то, что прекращение уголовного дела по данному основанию не является реабилитирующим, не является основанием для освобождения его от обязательств по возмещению ущерба, о возможных требованиях материального характера со стороны потерпевшего к нему, не желает продолжения судебного разбирательства по делу.** О прекращении дела заявляет добровольно, после консультации с защитником.

**СУД постановил: Прекратить производство по уголовному делу в совершении преступления, предусмотренного ч.2 ст.109 УК РФ, на основании п.3 ч.1 ст.24 УПК РФ, в связи с истечением сроков давности уголовного преследования.**

Приказ Минтруда России от 27.08.2018 г. N 554н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНДАРТА "ВРАЧ-АНЕСТЕЗИОЛОГ-РЕАНИМАТОЛОГ»

**3.2. Обобщенная трудовая функция** Оказание специализированной медицинской помощи по профилю "анестезиология-реаниматология" в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

**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

**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»

**Предложение: предусмотреть пункцию плевральной полости в приказе МО о Должностной инструкции хирурга, а не анестезиолога-реаниматолога**



---

**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)**

**Пример неправильного пути введения доксорубицина мимо периферической вены –  
экстравазация и отказа в оказании медпомощи в экстренной форме:  
потерпи и все пройдет – осмотр врача через 4 часа после начала острой боли**

Решением Арбитражного суда Московской области по делу А 41-45055/21 онкодиспансеру отказано в признании недействительным, незаконным и необоснованным решения ТФОМС Московской области о законном применении СМО финансовых санкций к онкодиспансеру за нарушения требований клинических рекомендаций, приведших к экстравазации химиопрепаратов из периферической вены, **последующему некрозу тканей кисти и предплечья и их ампутации**. Указанные акт экспертизы СМО и решение ТФОМС Московской области положены в основу иска пациентки к медорганизации о возмещении вреда и уголовного дела в отношении медицинской сестры и онколога, не оказавшего своевременную медпомощь, по статье 238 УК РФ



**ОНКОПАЦИЕНТ ИМЕЕТ ПРАВО НА ПОРТ-СИСТЕМУ в СИСТЕМЕ ОМС!  
РИСК НАРУШЕНИЯ ПРАВА ЕЩЕ ВЕЛИК!  
ЭТО ПРАВО ТРЕБУЕТ ОХРАНЫ И ЗАЩИТЫ**





Арбитражный суд Московской области  
107053, проспект Академика Сахарова, д. 18, г. Москва  
<http://asmo.arbitr.ru/>

Именем Российской Федерации  
**РЕШЕНИЕ**

г. Москва  
23 ноября 2021 года

Дело № А41-45055/21

Как правильно отмечено ответчиком, после введения препарата «доксорубин» и возникшего состояния экстравазации (попадания препарата под кожу), указанные осложнения не внесены в клинический диагноз в течение 72 часов, выписной эпикриз не полный; не указана реальная доза введенного препарата (временной период болюсного введения препарата).

По результатам ультразвукового дуплексного сканирования от 02.07.2020г. в медицинской документации отсутствуют сведения о консультации ангиохирурга для оценки состояния левой верхней конечности.

Требуемое Клиническими рекомендациями по профилактике и лечению тромбозоболоческих осложнений в онкологических больных Ассоциации онкологов России 2014 года профилактическое назначение гепарина не выполнено, препарат назначен только после развития постинъекционного тромбозоболоческого происхождения (26.06.2020г.), спустя 5 часов, т.е. после полнообъемного запуска тромбоза вен мягких тканей левого предплечья и кисти.

Несмотря на возникшие у пациентки после введения препарата побочные эффекты (боль, жжение, ощущение «кипятка») в нарушение Инструкции по применению медицинской сестрой введение препарата не прекращено, введение препарата осуществлено без использования трубки системы для внутривенной инфузии (в описании объективного статуса приемного осмотра и осмотра заведующим отделением отсутствует упоминание о показании к установке порт-системы).

Постановлением Десятого апелляционного суда № 10АП-368/2022 от 17.02.22 года решение Арбитражного суда МО было оставлено без изменений.

Постановлением АС МО от 25.-5.2022 г. Дело № А41-45055/2021: Онкодиспансеру отказано в удовлетворении кассации.

**Судебная коллегия по гражданским делам Первого кассационного суда - Дело № 88-19631/2022: компенсация морального вреда 700 тыс. руб., 50 тыс. руб. – оплата юридических услуг**

Вопреки доводам учреждения, проведение консилиума перед началом лечения пациентки, согласование лечащим врачом с заведующим онкологического отделения № 6 плана лечения пациентки и определение риска развития тромбозоболоческих осложнений на уровне 3-х баллов, в связи с чем, применение в качестве профилактики лишь компрессионного трикотажа, не указывает на отсутствие нарушений при введении препарата «Доксорубин» или отсутствие оснований для перевода пациентки в медицинскую организацию более высокого уровня и (или) в специализированный сосудистый центр после выявления тромбозоболоческих осложнений.

Более того, как обоснованно отмечено ТФОМС МО, согласно раздела 3 Клинических рекомендаций по профилактике и лечению тромбозоболоческих осложнений у онкологических больных Ассоциации онкологов России 2014 года (далее – Клинические рекомендации) стационарным больным, получающим системную химиотерапию, необходима анти тромбозоболоческая профилактика, что предполагает использование низкомолекулярных гепаринов за 2 часа до начала терапии, в течение всего курса противоопухолевой терапии и 1-2 дня после окончания курса лечения.

Согласно Медицинской карты стационарного больного № 10957/20 у пациентки имелись дополнительные факторы риска, отраженные в разделе 1 «Факторы риска венозных тромбозоболоческих осложнений» Клинических рекомендаций, а именно: возраст старше 40 лет (42 года), наличие варикозной болезни вен ног, не определен уровень Д-димера.

Из медицинской документации следует, что гепарин был назначен только после развития постинъекционного тромбозоболоческого и в нарушение части 2 статьи 11 Закона об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации не безотлагательно, а спустя 5 часов после возникновения экстравазации (осмотр зав. 6 ОХО Овчинниковой Л.К. от 26.06.2020г. 15:30).

В соответствии с частью 4 статьи 3 Федерального закона от 25.12.2018 № 489-ФЗ клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, утвержденные медицинскими профессиональными некоммерческими организациями применяются до их пересмотра, но не позднее 31.12.2021г., соответственно, правомерно применялись в спорный период времени экспертом качества медицинской помощи.

В письме Минздрава РФ от 24.11.2011 №14-3/10/2/11668 разъяснено, что если результаты исследования и данные клинической картины течения заболевания требуют проведения специальных методов диагностики и лечения, которые не могут быть проведены в медицинской организации, куда был госпитализирован больной, то после проведения необходимых вмешательств для стабилизации состояния пациент в максимально короткий



**Приговор Звенигородского горсуда МО от 28.05.19 года по материалам УД обвиняемого анестезиолога-реаниматолога в совершении преступления, предусмотренного ч.2 ст. 109 УК РФ, УСТАНОВИЛ:**

Анестезиолог не соблюдал установленные стандарты, требования и положения нормативных правовых актов в области анестезиологии реаниматологии, а именно:

- 1) в нарушение клинических рекомендаций по профилактике и лечению анафилаксии, утвержденных ФАР от 04.10.2015 и ч.2 ст.76 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **не спрогнозировал у пациентки трудную интубацию**, в нарушение клинических рекомендаций ФАР «Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей в стационаре» (2015);
- 2) **не проинформировал пациента о потенциальном риске** и возможности выполнения специальных процедур по обеспечению проходимости верхних дыхательных путей (далее по тексту ВДП);
- 3) **не убедился в наличии ассистента-анестезиолога, не обеспечил оксигенацию на протяжении всего процесса:**
- 4) не обеспечил готовность к экстренному инвазивному доступу к ВДП в виде пункционной или хирургической **крикотиреотомии**,
- 4) в нарушение действующих клинических рекомендаций, согласно которым предпочтение при прогнозируемой трудной интубации отдается **интубации при сохраненном дыхании**, необоснованно назначил длительно действующий препарат «Тиопентал натрия», не имеющий антидота, и в нарушение подп. е) п. 2.2. Критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных Приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н (далее Критериев), согласно которому должны быть соблюдены требования инструкции по применению лекарственного препарата;
- 5) произвел вводный наркоз препаратом «Тиопентал натрия», **не введя пробную дозу**, отчего у последней резко ухудшилось состояние и в результате аллергической реакции произошел бронхоспазм с отеком слизистой гортани и надгортанника, и развился анафилактический шок, причинив при жизни, согласно п.6.2.1 Приложения к приказу Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 № 194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью», тяжкий вред здоровью опасный для жизни человека;
- б) не диагностировав развитие анафилактического шока на «Тиопентал натрия», хотя при необходимой внимательности должен был это сделать, **несвоевременно провел весь комплекс экстренных противошоковых мероприятий** и адекватную терапию данного состояния, согласно клиническим рекомендациям по интенсивной терапии анафилактического шока ФАР, а также алгоритм действий при анафилаксии Европейского совета по реанимации от 2015 года, нарушил протокол обеспечения проходимости дыхательных путей при прогнозируемой трудной интубации, выразившийся в следующем: предпринимались многочисленные попытки интубации, не было попыток установки надгортанного воздуховодного устройства, со значительным опозданием был обеспечен инвазивный доступ к дыхательным путям, при этом вместо рекомендованной крикотиреотомии, была выполнена трахеотомия, что привело в начале к развитию гипоксии, а впоследствии к полиорганной недостаточности и развитию ДВС (диссеминированному внутрисосудистому свертыванию) синдрому, что характерно для анафилактического шока, который развился вследствие аллергической реакции на введение препарата «Тиопентал натрия» во время вводного наркоза.



Несмотря на явные признаки аллергической реакции организма, никаких мер по незамедлительному началу мероприятий по ее купированию, анестезиолог не сделал, в связи с чем пациентка длительное время не получала необходимой помощи в связи с чем ее состояние усугублялось. Более того, анестезиолог сосредоточил свои усилия исключительно на проведении интубации, но самостоятельно сделать не смог. Также **не смогли привлеченные им для интубации коллеги - зав. отделением и эндоскопист (через 45 минут после начала анафилаксии)**. Обеспечение должного насыщения организма кислородом было обеспечено только хирургом, **спустя два часа после начала реакции**, спровоцировавшей отек ротовой полости и недостаток насыщения организма кислородом. При этом возможность проведения крикотиомии, рекомендованной в таких случаях, анестезиологом рассмотрена не была.

Суд учитывает то обстоятельство, что несмотря на то что, анестезиолог предусмотрел возможность сложной интубации и сообщил об этом заведующему отделением, **непосредственно врачу, имеющему соответствующую квалификацию для работы с бронхоскопом об этом не сообщил**. Допущенные нарушения в своем комплексе и находятся в причинно-следственной связи с наступившими последствиями в виде смерти.

Суд не может согласиться с позиций государственного обвинителя в части не проведения анестезиологом аллергологического анамнеза, и исключает это из предъявленного обвинения, поскольку сведениями о наличии у нее аллергической реакции на «Тиопентал натрия» пациентка не обладала и не могла обладать, поскольку данное лекарственное средство используется исключительно при выполнении полостных операций, каковых у нее до этого момента не было. Кроме того, история болезни также не содержит никаких данных о наличии каких-либо аллергических реакций в прошлом.

**Ссылки защиты на необходимость правой оценки действий других лиц, участвовавших в ходе операционных и реанимационных мероприятий, не входят в предмет доказывания по настоящему делу.**

При таких обстоятельствах действия подсудимого суд квалифицирует как причинении смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения им своих профессиональных обязанностей, то есть предусмотренные ч.2 ст. 109 УК РФ.

**ВЫВОДЫ: Суд учитывает ПЛАНОВУЮ ФОРМУ оказания медпомощи –  
«пациент прибыл на своих ногах».**

1. Прогнозирование трудной интубации – обязательное под подпись в Медкарте информирование заведующего отделением о назначении ассистента-анестезиолога и эндоскописта. Одна попытка интубации и ожидание эндоскописта или только интубация эндоскопистом. **МАКСИМАЛЬНОЕ РАСШИРЕНИЕ КРУГА ЛИЦ!**

Наличие в протоколе предоперационного осмотра указания на степень риска анестезии обязательно сопровождается планом профилактических мер данного конкретного риска: констатации риска недостаточно!

2. Сбор аллергологического анамнеза и отражение его в предоперационном осмотре подробно с учетом косвенных признаков отсутствия аллергии (наличие отсутствие операций и анестезий в прошлом).

3. Наличие набора крикотиомии (наличие СОП).

4. Строжайшее исполнение Инструкции по применению лекарственного препарата, особенно в части дозирования, разведения, последовательности введения, показаний и противопоказаний, взаимодействия, раздел «С осторожностью».

**ТИОПЕНТАЛ натрия:** Взрослым для введения в общую анестезию: **пробная доза - 25-75 мг с последующим наблюдением в течение 60 сек перед введением основной дозы.** Вводная общая анестезия - 200-400 мг (по 50-100 мг с интервалом 30-40 сек до достижения желаемого эффекта или однократно из расчета. 3-5 мг/кг). Для поддержания анестезии - 50-100 мг.

5. Предупреждение пациента о трудной интубации и возможных последствиях.



приговор оставить без изменения, кассационную жалобу – без удовлетворения.

Кировский районный суд: АПЕЛЛЯЦИОННОЕ ПОСТАНОВЛЕНИЕ 17 марта 2023 года – возмещение процессуальных затрат

### Приговор 16 августа 2021 года

К., являясь лечащим врачом Б., в период с 02.06.2018 по 08.06.2018, включительно, не организовал должного контроля за состоянием показателей анализа крови при проведении терапии гепарином пациентке Б., что привело к развитию **недиагностированной гепарининдуцированной тромбоцитопении 2 типа**, и, как следствие, к развитию тромбоза сосудов нижних конечностей и развитию гангрены, потребовавших ампутации левой нижней конечности, а впоследствии правой нижней конечности потерпевшей на уровне средней трети бедер.

Согласно заключению СМЭ вышеуказанный дефект оказания медицинской помощи состоит в прямой причинно-следственной связи с ампутацией нижних конечностей.

Ампутация левой и правой конечностей на уровне средней трети бедер, по признаку потери органа, согласно п. 6.6.1. Приказа № 194н от 24.04.2008 является тяжким вредом здоровья.

К., являясь лечащим врачом Б. 08.06.2018 в период времени с 08.00 час. до 16.00 час., при отсутствии мониторинга уровня тромбоцитов, путем анализа крови у потерпевшей Б., не организовал консультацию узких специалистов, в том числе врача-гематолога, врача-фармацевта, с целью корректировки или отмены гепаринотерапии и недопущения геморрагических осложнений пациентки в виде тромбоза, гангрены, ампутации, что привело к тяжким последствиям в виде ампутации нижних конечностей пациентке Б.

Кроме того, 08.06.2018 в период с 12.00 час. по 18.00 час., К., являясь лечащим врачом, при отсутствии мониторинга уровня тромбоцитов, путем анализа крови у Б., не организовал своевременное хирургическое вмешательство (проведение операции - тромбэктомия) Б. медицинскими работниками по специальности сердечно-сосудистая хирургия, что привело к тяжким последствиям в виде ампутации нижних конечностей пациентке Б. совершенному преступлению, для восстановления социальной справедливости, для достижения целей наказания, суд признает невозможным сохранение за ним права заниматься врачебной деятельностью.



# МЕДИЦИНСКОЕ



# ПРАВО

№ 3 (103)  
2022

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

## 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: [nntkachewa@yandex.ru](mailto:nntkachewa@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 врачам 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](mailto: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.



## 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:

**1. Лекарственная безопасность. Фармаконадзор;**

2. Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий;

**3. Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами;**

4. Организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений;

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

**6. Преемственность организации медицинской помощи. Передача ответственности за пациента.**

7. Организация экстренной и неотложной помощи.

**8. Диспансерное наблюдение за хроническими больными.**

**9. 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 центральных сосудов (включая этапы постановки катетера, ухода за катетером, ухода за повязкой, смены и удаления катетера, антибиотикопрофилактики)**

**- Искусственной вентиляции легких (включая этапы определения показаний к интубации, экстубации, положения пациента при ИВЛ, аспирации содержимого ротоглотки, санации трахеобронхиального дерева, ухода за аппаратурой/расходных материалов)**

**- Постановки, ухода, смены и удаления трахеостомических и эндотрахеальных трубок**

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



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

© С.А. СУМИН<sup>1</sup>, В.И. ГОРБАЧЕВ<sup>2</sup>, В.В. КУЗЬКОВ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, 305041, Курск, Россия

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

<sup>3</sup>ФГБОУ 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**».

**«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.

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



---

## **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. Организация экстренной и неотложной помощи в стационаре.

### 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. Организация экстренной и неотложной помощи в стационаре.

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 мочевой 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 акушеру-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 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 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).

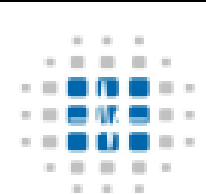
4.2. Дать распоряжение медсестре-анестезисту:

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

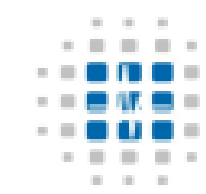
4.2.2. Провести инфузию раствором кристаллоидов 500 мл, введение транексамовой кислоты из расчета 15 мг/кг веса, введение окситоцина 10 - 20 ед. на 50 мл 0,9% раствора натрия хлорида со скоростью 12,5 мл/час через инфузомат.

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.

	АО «Национальный научный кардиохирургический центр»	Название документа	Код:
			Редакция: 1

Стандартные операционные процедуры Микробиологические методы исследования отделяемого открытых инфицированных ран.....	88 - 89
Стандартные операционные процедуры Процедура при проведении эзофагогастродуоденоскопии.....	90 - 93
Стандартные операционные процедуры Процедура при проведении фибробронхоскопии.....	94 - 96
Стандарт операционной процедуры Программа проведения суточного мониторинга артериального давления.....	97 - 98
Стандарт операционной процедуры Программа проведения тредмил теста.....	99 - 100
Стандарт операционной процедуры Программа проведения суточного мониторинга ЭКГ.....	101 - 102
Стандарт операционной процедуры Программа проведения стресс-эхокардиографии.....	103 - 104
Стандарт операционной процедуры Программа проведения чреспищеводной эхокардиографии.....	105 - 106
Стандарт операционной процедуры Программа проведения УЗИ исследования.....	107- 108
Стандарт операционной процедуры Программа проведения эхокардиографии.....	109 - 110
Стандарт операционной процедуры Программа проведения спирографии.....	111 - 112
Стандартные операционные процедуры Экстубация трахеи.....	113 -114
Стандартные операционные процедуры Интубация трахеи.....	115 - 117
Стандартные операционные процедуры Уход за дыхательными путями в условиях искусственной вентиляции легких.....	118 – 120
Стандартные операционные процедуры Подготовка палаты для приема пациента после трансплантации сердца.....	121 – 122
Стандарт операционной процедуры Организация измерения отеков конечностей.....	123 - 126
Стандартные операционные процедуры Этапы операции при протезировании аортального клапана.....	127 - 129
Стандартные операционные процедуры Принцип работы с аппаратом искусственного кровообращения Stockert S5.....	130 - 131

	АО «Национальный научный кардиохирургический центр»	Название документа	Код:
			Редакция: 1

Стандартные операционные процедуры Операционное отделение с лабораторией вспомогательного кровообращения.....	132 – 134
Стандартные операционные процедуры Принцип работы аппарата Cardioblade 68000.....	135 - 136
Стандартные операционные процедуры Этапы операции при протезировании митрального клапана.....	137 - 139
Стандартные операционные процедуры Принцип работы электрохирургического генератора Force EZ-8C.....	140 - 142
Стандартные операционные процедуры Техника накрывания стерильного стола.....	143 - 144
Стандартные операционные процедуры Техника обкладывания пациента стерильным операционным бельем.....	145
Стандартные операционные процедуры Техника обработки операционного поля.....	146
Стандартные операционные процедуры Этапы операции при пластике дефекта межпредсердной перегородки.....	147 - 149
Стандартные операционные процедуры Этапы операции при имплантации вспомогательного устройства левого желудочка.....	150 - 153
Стандартные операционные процедуры Этапы операции при трансплантации сердца.....	154 - 156
Стандартные операционные процедуры Техника надевания стерильного халата.....	157
Стандартные операционные процедуры Техника работы с эндо-видео оборудованием Aescularp.....	158 - 159



## **8. Преимущество медицинской помощи.**

Нарушение преимущественности 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**

## **9. Хирургическая безопасность.**

### **Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами**

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

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.

9.6.2.2. - Наличие ЛП для анестезии в расчетном количестве.

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.**

9.8.3.5. 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".

## 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**



## Приговор Канавинского районного суда Нижнего Новгорода от 10.06.2020 N 1-121/2020

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 в 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**

**«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 СОТРУДНИКОВ !**



# 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



---

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

