



Ссылка: <https://my.mts-link.ru//20020337/2-30426conf>

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
«МОСКОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
им. М.Ф. ВЛАДИМИРСКОГО» (ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)
МОСКОВСКОЕ ОБЛАСТНОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ (МОНПОАР) ОБЩЕРОССИЙСКОЙ
ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «ФЕДЕРАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ» (ФАР)

**Всероссийская
научно-практическая
конференция
«Избранные вопросы
анестезиологии, реаниматологии
и интенсивной терапии»**



**Правоприменительная практика
за дефекты медицинской помощи,
оказанной в экстренной и неотложной форме**



доктор медицинских наук, профессор **Старченко А.А.**

**Москва
02-03.04.2026 г.**

25 октября 2025 г. X съезд Национальной медицинской палаты

Доклад руководителя Главного управления криминалистики (Криминалистического центра) СК РФ генерал-лейтенанта юстиции А. Сазонова:

1. В медицинском сообществе и даже среди отраслевых юристов распространился вредный миф, что клинические рекомендации (КР) теперь не имеют статуса обязательных, но это далеко не так, **«Клинические рекомендации, если они утверждены, обязательны для медицинских организаций и конкретных медицинских работников.»**
2. При производстве судебно-медицинских экспертиз в обязательном порядке по каждому уголовному делу выясняется, **отступал ли медицинский работник от действующих клинических рекомендаций.**
3. **Отступление от норм КР** служит для судебно-медицинских экспертов при расследовании ятрогенных преступлений дополнительным **доказательством виновности обвиняемого** при доказанной взаимосвязи между действиями врача и наступлением неблагоприятных последствий для пациента.
4. Если в результате такого отступления наступили вредные последствия для пациента, следователь считает это одним из доказательств виновности медицинского работника.
5. Должна быть связь между действиями врача и наступлением вредных последствий. Связь между действиями и последствиями должна быть только либо необходимой, либо прямой.

6. Пожелание медицинскому сообществу более детально прописать вопросы практики применения и алгоритма отступления от норм клинических рекомендаций.

«Насколько я понимаю, в проекте приказа Минздрава РФ предусмотрена возможность консилиума, создания комиссии, обсуждения этого вопроса и принятия решений, которые бы способствовали адекватному лечению больного. Если такая позиция будет прописана в нормативном акте, думаю, что вопросы с применением клинических рекомендаций на практике возникать не будут».

7. Врачам не стоит опасаться избыточного давления правоохранительных органов, так как в среднем только 8-12% возбуждаемых ежегодно против медработников уголовных дел направляется в суд.

«Если вы честно, добросовестно выполняете свои служебные обязанности, никакая уголовная ответственность вам не грозит».

Следственный комитет России: неисполнение клинических рекомендаций служит одним из доказательств виновности медицинского работника при расследовании уголовных дел о некачественном оказании медпомощи. Ошибочный тезис, что эти документы не носят характер обязательных, распространяют даже юристы, и это глубочайшее заблуждение.

Напомнил: оправдательных приговоров в отношении врачей - 10%, при среднем по стране 0,01 - 0,1% в отношении других обвиняемых.

КОНСТИТУЦИОННЫЙ СУД РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ от 31 января 2025 г. № 4-П



В системе действующего правового регулирования конкретные формы и способы удовлетворения медицинских нужд пациента (потерпевшего), связанных с повреждением его здоровья, **устанавливаются специальным документом - клиническими рекомендациями** ([пункт 23 части 1 статьи 2](#), [пункт 4 статьи 10](#), [статья 37](#) Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

Они содержат основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи. Такие рекомендации разрабатываются по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) с указанием медицинских услуг, предусмотренных [номенклатурой](#) медицинских услуг.

Следование клиническим рекомендациям среди прочего призвано обеспечить соблюдение конституционно значимых стандартов доступности и качества медицинской помощи для граждан ([статья 72](#), [пункт "ж" части 1](#), Конституции Российской Федерации; [пункт 4 статьи 10](#) Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

Утвержден Президиумом Верховного Суда РФ 25 апреля 2025 г.
ОБЗОР СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ ВЕРХОВНОГО СУДА РФ № 1 (2025)
СУДЕБНАЯ КОЛЛЕГИЯ ПО ГРАЖДАНСКИМ ДЕЛАМ

Дела по спорам, возникающим из социальных отношений

14. При рассмотрении споров, связанных с некачественным оказанием медицинскими организациями медицинской помощи, судам следует проводить оценку качества медицинской помощи на основании критериев, формируемых по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и **клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.**

Принимая решение об отказе в удовлетворении требований на том основании, что факт оказания истцу медицинской помощи ненадлежащего качества не нашел своего подтверждения в ходе рассмотрения дела, **суды ссылались на вывод, содержащийся в заключении судебно-медицинской экспертизы о рекомендательном (не обязательном к исполнению в 100% случаев) характере клинических рекомендаций "Острый аппендицит у взрослых"**.

Между тем судебные инстанции оставили без внимания тот факт, что эти **клинические рекомендации** в силу [части 2 статьи 64](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" **являются одной из основ формирования критериев оценки качества медицинской помощи, в связи с чем утверждение о необязательности указанных клинических рекомендаций противоречит закону.**

Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы,
утв. приказом МЗ РФ от 25 сентября 2023 г. № 491н
вступил в юридическую силу 01.09.2024г.

Приложение N 29

ПРАВИЛА ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА И ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА

9. При проведении экспертизы по делам о качестве медицинской помощи ответы на вопросы, касающиеся оказанной медицинской помощи, формулируются с обязательной ссылкой на действующие в момент оказания медицинской помощи нормативные правовые акты, в том числе:

- порядки оказания медицинской помощи,**
- правила проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований,**
- положения об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи,**
- порядки организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения,**
- порядки проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований),**
- а также клинические рекомендации.**

ПОРЯДОК ПРИМЕНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

1. Клинические рекомендации - документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения пациента, варианты медицинского вмешательства и **описание последовательности действий медицинского работника** с учетом течения заболевания, **наличия осложнений** и сопутствующих заболеваний, иных **факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи.**

3. **Медицинская организация** с учетом возложенных на нее функций **обеспечивает оказание медицинскими работниками медицинской помощи на основе клинических рекомендаций**, а также **создает условия**, обеспечивающие соответствие оказываемой медицинской помощи **критериям оценки** качества медицинской помощи, формируемым в том числе на основе клинических рекомендаций и утверждаемым в соответствии с частью 2 статьи 64 Федерального закона № 323-ФЗ.

5. В случае невозможности оказания в медицинской организации конкретному пациенту показанной ему медицинской помощи, предусмотренной клиническими рекомендациями пациенту может быть организовано оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий и (или) путем направления пациента для оказания медицинской помощи в медицинские организации, имеющие соответствующую возможность.

6. При применении клинических рекомендаций лечащий врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения, **самостоятельно выбирает тактику медицинского обследования и лечения заболевания в зависимости от особенностей заболевания и (или) состояния пациента.**
Самостоятельно выбирает из того, что указано в КР

При необходимости установления состояния здоровья пациента, диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности направления в специализированные отделения медицинской организации или другую медицинскую организацию по инициативе лечащего врача в медицинской организации либо вне медицинской организации **созывается консилиум врачей** (включая дистанционный консилиум врачей).

7. **Лечащий врач** при выполнении комплекса медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, определении тактики медицинского обследования и лечения заболевания учитывает основное заболевание, наличие осложнений и сопутствующих заболеваний, определяя последовательность и объем медицинского вмешательства с учетом показаний и противопоказаний к оказанию медицинской помощи и **может использовать сведения из различных клинических рекомендаций.** Нужна мотивация не использования

8. Частью 2 статьи 87 Федерального закона N 323-ФЗ не предусмотрено отнесение соблюдения клинических рекомендаций к предмету федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности.

Статья 11. Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи

2. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается.

Статья 21. Выбор врача и медицинской организации

5. Медицинская помощь в **неотложной или экстренной форме оказывается** гражданам с учетом соблюдения установленных требований **к срокам ее оказания.**

Статья 32. Медицинская помощь

4. Формами оказания медицинской помощи являются:

1) **экстренная** - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, **представляющих угрозу жизни пациента;**

2) **неотложная** - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний **без явных признаков угрозы жизни пациента;**

3) плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Статья 16. Полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья

1. К полномочиям органов госвласти субъектов РФ в сфере охраны здоровья относятся:

17) **установление порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи в экстренной и неотложной формах**, в том числе на дому при вызове медицинского работника, гражданам, которые выбрали медицинскую организацию для получения первичной медико-санитарной помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не по территориально-участковому принципу;

Статья 70. Лечащий врач.

2. Лечащий врач организует своевременное квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставляет информацию о состоянии его здоровья, по требованию пациента или его законного представителя приглашает для консультаций врачей-специалистов, при необходимости созывает консилиум врачей для целей, установленных частью 4 статьи 47 настоящего Федерального закона. **Рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.**

Статья 79. Обязанности медицинских организаций

1. Медицинская организация **обязана:**

1) оказывать гражданам медицинскую помощь в экстренной форме

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ СКОРОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

11. Поводами для вызова скорой медицинской помощи **в экстренной форме** являются внезапные острые заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, **представляющие угрозу жизни пациента, в том числе:**

- а) нарушения сознания;
- б) нарушения дыхания;
- в) нарушения системы кровообращения;
- г) психические расстройства, сопровождающиеся действиями пациента, представляющими непосредственную опасность для него или других лиц;
- д) болевой синдром;
- е) травмы любой этиологии, отравления, ранения (сопровождаящиеся кровотечением, представляющим угрозу жизни, или повреждением внутренних органов);
- ж) термические и химические ожоги;
- з) кровотечения любой этиологии;
- и) роды, угроза прерывания беременности.

13. Поводами для вызова СМП в неотложной форме являются:

- а) внезапные острые заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, требующие срочного медицинского вмешательства, **без явных признаков угрозы жизни, указанных в пункте 11 настоящего Порядка;**
- б) констатация смерти (за исключением часов работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях).



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРИКАЗ

от 8 апреля 2025 г. N 172н

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА,
ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА**

вступил в силу с 1 сентября 2025 г.

Отсутствует официальное юридическое определение вреда здоровью

5. Квалифицирующими признаками тяжести вреда, причиненного здоровью человека, являются:

5.1. В отношении тяжкого вреда здоровью:

5.1.1. Вред здоровью, опасный для жизни человека:

5.1.1.4. Проникающее ранение стенки глотки или **гортани**, или **трахеи**, или пищевода; ранение щитовидной железы.

5.1.1.5. **Перелом** подъязычной кости или **хрящей гортани**: щитовидного, или перстневидного, или черпаловидного, или надгортанного, или рожковидного, или хрящей трахеи при развитии угрожающего жизни состояния.

5.1.2. Вред здоровью, опасный для жизни человека, вызвавший развитие расстройства жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно (угрожающее жизни состояние):

5.1.2.1. Шок тяжелой (III - IV) степени (**анафилактический, геморрагический**)

5.1.2.2. Острая или обильная (массивная) кровопотеря.

5.1.2.3. Кома любой степени – **АНОКСИЯ, дефекты ИВЛ, бездействие**

5.1.2.4. Острый отек, или набухание, или сдавление головного или спинного мозга с дислокационным синдромом – **дефекты инфузионной терапии.**

5.1.2.5. Острая сердечная или сосудистая недостаточность III - IV стадии – **бездействие.**

5.1.2.6. Острая дыхательная недостаточность III (тяжелой) степени или острый респираторный дистресс-синдром – **дефекты ИВЛ, бездействие**

5.1.2.7. Острая почечная, или острая печеночная, или острая надпочечниковая недостаточность тяжелой степени, или острый панкреонекроз.

5.1.2.8. Расстройство регионального или органного кровообращения, приведшее к инфаркту внутреннего органа или гангрене конечности.

5.1.2.9. **Гнойное или септическое состояние: сепсис**, или менингит, или энцефалит, или миелит, или эндокардит, или миокардит, или инфекционный перикардит, или медиастинит, или плеврит, **или перитонит.**

9.1.2.10. Следующие состояния являются квалифицирующими признаками в отношении тяжкого вреда здоровью **при развитии угрожающего жизни состояния или наступлении смерти:**

травматические **гемоторакс, или пневмоторакс, или гемопневмоторакс,** или гемоперикард;

эмболия (газовая, или жировая, или тканевая, или тромбоземболия) сосудов головного мозга, или сердца, или легких;

острое отравление химическими или биологическими веществами;

различные виды асфиксии в результате внешнего воздействия;

18. **Неблагоприятный исход** оказания медицинской помощи, **возникновение которого находится в прямой причинно-следственной связи с недостатком** (недостатками) оказания медицинской помощи, **оценивается как вред**, причиненный здоровью человека.

19. **Осложнение** медицинского вмешательства, **возникновение которого находится в прямой причинно-следственной связи с недостатком** (недостатками) оказания медицинской помощи, **оценивается как вред**, причиненный здоровью человека.

20. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, не определяют в следующих случаях, если:

20.1. При медицинском обследовании лица, направленного на экспертизу, исследовании материалов дела и медицинских документов, результатов проведенных инструментальных и лабораторных исследований, сущность вреда, причиненного здоровью человека, **определить не представилось возможным.**



ПРИКАЗ МЗ РФ от 11 апреля 2025 г. N 185н

ПОЛОЖЕНИЕ

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

7. Медицинскими показаниями для оказания специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара и стационарных условиях **являются:**

а) наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания и (или) состояния, требующего оказания специализированной медицинской помощи **в экстренной или неотложной форме в целях диагностики и лечения.**

11. При оказании специализированной медицинской помощи **в экстренной форме время от момента доставки** пациента выездной бригадой скорой медицинской помощи в медицинскую организацию или от момента самостоятельного обращения пациента в медицинскую организацию **до установления предварительного диагноза заболевания (состояния) не должно превышать 1 часа.**

12. В случае самостоятельного обращения пациента в медицинскую организацию **определение медицинских показаний** для оказания специализированной медицинской помощи **в экстренной или неотложной форме** осуществляется врачом-специалистом (врачами-специалистами) данной медицинской организации с оформлением медицинской документации медицинской организации.

13. **При отсутствии медицинских показаний** для оказания специализированной медицинской помощи **в экстренной или неотложной форме**, при наличии **медицинских противопоказаний** для оказания специализированной медицинской помощи в экстренной или неотложной форме **или отказе пациента** от оказания специализированной медицинской помощи **в экстренной или неотложной форме** врач-специалист медицинской организации **оформляет медицинское заключение, содержащее следующие сведения:**

а) дата и время поступления пациента; б) порядок поступления пациента (самостоятельное обращение, доставление выездной бригадой скорой медицинской помощи, направление лечащего врача); ФИО пациента и дата его рождения; г) диагноз заболевания (состояния) и код по МКБ-Х; д) **перечень, объем и результаты** проведенных пациенту медицинских вмешательств **с целью определения медицинских показаний** для оказания специализированной медицинской помощи; е) **причина отказа** в оказания специализированной медицинской помощи в экстренной или неотложной форме (**отсутствие медицинских показаний** для МП в экстренной или неотложной форме, **наличие медицинских противопоказаний** для МП в экстренной или неотложной форме, отказ пациента); ж) **рекомендации по дальнейшему медицинскому обследованию, наблюдению и (или) лечению пациента по профилю заболевания (состояния).**

4. В случае отказа пациента от госпитализации при наличии медицинских показаний МП в экстренной или неотложной форме врач-специалист медицинской организации **разъясняет пациенту возможные последствия такого отказа** в соответствии с **частью 4 статьи 20** Федерального закона N 323-ФЗ.

И делает запись о последствиях в Журнале отказов

г. Владимир

6 октября 2023 года

Дело № А11-5991/2023

Пациент 4-х лет с болями в животе поступил в 04:00 в ОКДБ из РБ. Острая хирургическая патология живота отвергнута. **ИБ не заведена.** Пациент отправлен домой. В 21:00 поступил повторно. Осмотр в 22:40. РГ ОГК в 01:00 – тотальный ателектаз легкого. 02:00 – **пункция – извлечено 500 мл гноя в плевральной полости. 8:00 летальный исход.**

Приказ МЗ РФ от 05.08.2022 г. N 530н

"Об утверждении унифицированных форм медицинской документации ..."

1. Утвердить: учетную форму N 001/у **"Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара:**

В случае отказа в госпитализации в стационар, дневной стационар

Причина отказа в госпитализации (отказался пациент, отсутствие показаний, помощь оказана в приемном отделении медицинской организации, направлен в другую медицинскую организацию, иная причина)

Фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, зафиксировавшего причину отказа в госпитализации

Приговор Дело № 1-141/2024 – по ч. 2 ст. 109 УК РФ причинение смерти по неосторожности назначить наказание в виде ограничения свободы на срок 2 года с лишением права заниматься врачебной деятельностью на срок 2 года

Гражданское ДЕЛО № 2-1669/2024: компенсация морального вреда родителям и бабушкам 9 млн. рублей

Труды

ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ:
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД»

12–13 мая 2022 года

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ОСЛОЖНЕНИЙ
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

к.м.н. Л.А. Шмаров, М.В. Бобылева

Российский центр судебно-медицинской экспертизы Минздрава России, Москва

Так, например, осложнения проведённых медицинских вмешательств могут быть расценены, как недостатки в оказании медицинской помощи в следующих случаях:

- явное нарушение техники проведения медицинского вмешательства,

или невыполнение мероприятий, предупреждающих развитие выявленных осложнений (второй случай не относится к бездействию, так как проводятся активные действия, приводящие к осложнению, при отсутствии их профилактики, что позволяет их отнести к неправильному действию);

- при наличии протокола технически правильно проведённого медицинского вмешательства, развиваются осложнения, которые при таком его проведении развиваться не должны что позволяет высказаться о наличии каких-то технических погрешностей, которые однозначно были (не всегда возможно высказаться какие именно, но возможно утверждать, что они точно были).

С другой стороны, при наличии ряда условий, осложнение медицинского вмешательства не может быть расценено однозначно, как проявление недостатка в оказании медицинской помощи:

- осложнение медицинского вмешательства описано в специальной литературе, как встречающееся и при правильно выполненной манипуляции;

- протокол описания медицинского вмешательства в медицинских документах соответствует технически правильно проведённой медицинской манипуляции.

- осложнения медицинских вмешательств (анестезиологических и реанимационных, оперативного лечения и пр.) оцениваются, как вред, причинённый здоровью при условии выявления недостатков оказания медицинской помощи, которые находятся в прямой причинно-следственной связи с этими осложнениями;

- при условии правильно оказанной медицинской помощи или невозможности установить наличие недостатков оказания медицинской помощи, которые находятся в прямой причинно-следственной связи с этими осложнениями – осложнения медицинских вмешательств, в том числе, находящиеся в прямой причинно-следственной связи с неблагоприятным исходом, как вред здоровью человека не расцениваются.

**МЕТОДОЛОГИЯ ЭКСПЕРТНОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ
РАССЛЕДОВАНИЯ
ПРЕСТУПЛЕНИЙ ПО ФАКТАМ
НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Монография

Издание второе, измененное и дополненное

RU
science
RU-SCIENCE.COM
Москва
2021

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Глава 7. Актуальные аспекты установления причинно-следственной связи в судебно-медицинских экспертных исследованиях «врачебных ошибок» | 158 |
| Глава 8. Использование порядков и стандартов оказания медицинской помощи в доказывании ятрогенных преступлений ... | 170 |
| Глава 9. Несовершенство правового регулирования определения степени тяжести вреда здоровью..... | 176 |
| Глава 10. Актуальные аспекты назначения и выполнения судебно-медицинских экспертных исследований, а также проведения следственных действий при расследовании ятрогенных преступлений..... | 187 |
| 10.1. Использование специальных знаний в области судебной медицины при проведении следственных действий..... | 191 |
| 10.2. Порядок организации и производства судебно-медицинских экспертиз оказания медицинской помощи | 200 |
| 10.3. Порядок назначения и организации производства судебно-гистологических исследований | 205 |
| 10.4. Методика проведения судебно-медицинских экспертных исследований по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи..... | 208 |
| 12.5. Информированное добровольное согласие как способ профилактики поводов уголовного преследования медицинского работника | 236 |
| Глава 13. Судебно-следственная оценка судебно-медицинских заключений, выполненных по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи | 241 |
| 13.1. Необходимость судебно-следственной оценки причинно-следственных связей в экспертных исследованиях профессиональных медицинских правонарушений | 241 |
| 13.2. Компетентностное разделение установления причинно-следственных связей при расследовании «врачебных» уголовных дел | 244 |
| 13.3. Правила оценки доказательств применительно к судебно-медицинским заключениям по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи | 248 |

Алгоритм проведения судебно-медицинских экспертных исследований по фактам возможного ненадлежащего оказания медицинской помощи

Принцип алгоритма основывается на определении основных медицинских признаков обстоятельств, подлежащих доказыванию в случаях расследования ятрогенных преступлений:

- этиология и патогенез имевшего место исхода (танатогенез);
- последний период/этап в этиопатогенезе (развитии) реализовавшегося исхода, когда надлежащее медицинское деяние достоверно исключало бы (если не рассматривать атипичные случаи) наступление данного исхода, а также имело основание и возможность быть выполненным;
- лицо, обязанное выполнить соответствующие меры медицинского характера, а также вид и объем последних;
- наличие/отсутствие недостатков (дефектов) медицинской помощи, допущенных данным лицом.

Предлагаемый алгоритм реализуется следующим образом:

- сначала устанавливается этиология и патогенез имевшего место неблагоприятного исхода (танатогенез);
- затем определяется последний период/этап в этиопатогенезе (развитии) реализовавшегося исхода, когда надлежащее медицинское деяние достоверно исключало бы (если не рассматривать атипичные случаи) наступление данного исхода, а также имело основание и возможность быть выполненным;
- в случае если такой период/этап имел место вне лечебно-диагностического процесса, то событие «врачебного» преступления отсутствует. Иными словами, рассматриваемый исход уже предопределен независимо от того будет ли оказана медицинская помощь;
- в случае если такой период/этап был в рамках лечебно-диагностического процесса, то определяется лицо, обязанное выполнить соответствующие меры медицинского характера, а также вид и объем последних;
- затем определяется, осуществил ли данный медицинский работник необходимые меры, то есть устанавливается, допустил ли медицинский работник недостатки (дефекты) медицинской помощи;

– если рассматриваемый медицинский работник необходимые меры не осуществил, то определяется, имел ли медицинский работник основание и возможность их выполнения;

– в случае установления факта отсутствия объективных медицинских оснований для указанных мер, профессиональные деяния данного работника не являются ненадлежащими;

– при установлении факта отсутствия возможности оказания необходимой медицинской помощи, далее определяется, имели ли место уважительные медицинские причины такого бездействия (объективное отсутствие необходимых медицинских сил и средств, болезнь или травма самого врача, оказание в данный момент помощи другому и т.п.);

– если таких уважительных причин не было, то констатируется наличие прямой (определяющей) причинно-следственной связи между дефектом в виде элемента бездействия и возникшим исходом, при условии, когда в анализируемый период/этап надлежащее медицинское воздействие достоверно исключало бы (если не рассматривать атипичные случаи) наступление реализовавшегося исхода. Иными словами, допущенный недостаток медицинской помощи в виде элемента бездействия закономерно определил наступление неблагоприятного исхода, то есть находится с ним в прямой (определяющей) причинно-следственной связи;

– если рассматриваемый медицинский работник осуществил необходимые меры ненадлежащим образом (то есть совершил либо необоснованное деяние, либо несвоевременное деяние, либо технически неправильное деяние, либо необусловленное деяние, либо недостаточное медицинское деяние), то констатируется наличие прямой (определяющей) причинно-следственной связи между дефектом в виде действия и возникшим исходом, при условии, когда в анализируемый период/этап надлежащее медицинское деяние достоверно исключало бы (если не рассматривать атипичные случаи) наступление реализовавшегося исхода. Иными словами, допущенный недостаток медицинской помощи в виде действия закономерно определил наступление неблагоприятного исхода, то есть находится с ним в прямой (определяющей) причинно-следственной связи. Отступлением от этого порядка будут ситуации с обстоятельствами, исключающими преступность деяния согласно соответствующим статьям главы 8 УК РФ (причем упор на проверку обстоятельств, исключающих преступность деяния, играет главенствующую роль в этом пункте и выполняется обязательно);

– в ситуациях пролонгированного многоэтапного лечебно-диагностического процесса необходимо дополнительно установить

**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ КАЧЕСТВА"**

**ПРЕДЛОЖЕНИЯ (ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ) ПО ОРГАНИЗАЦИИ
ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (СТАЦИОНАРЕ)**

ВТОРАЯ ВЕРСИЯ 1 марта 2022 г.

**4. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ (ПРОФИЛАКТИКА
ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
(ИСМП))**

4.3. В медицинской организации выполняется порядок проведения микробиологических исследований.

4.3.5. Организация работы микробиологической лаборатории по экстренным показаниям (при наличии лаборатории).

4.3.5.1. Наличие алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) организации работы микробиологической лаборатории по экстренным показаниям

4.3.5.2. **Наличие документально установленных свидетельств (подтверждений) соблюдения алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) организации работы микробиологической лаборатории по экстренным показаниям.**

7. ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРЕ. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

7.1.1. Создание базовых условий для организации работы приемного отделения и оказания экстренной помощи.

Наличие в МО локальных актов по направлениям:

Порядок организации работы приемного отделения, включая разделение потоков плановых и экстренных пациентов.

Порядок организации оказания экстренной помощи в МО.

Порядок организации работы вспомогательных служб (лаборатории, диагностическое отделение и т.д.).

Порядок госпитализации пациентов, включая показания/условия/состояния в отделения МО, в том числе в АРО, ОРИТ, ПИТ.

Порядок отказа в госпитализации.

Порядок информирования пациентов и их сопровождающих о состоянии пациентов (в том числе изменениях состояния, смерти), диагнозе, планах обследования, лечения.

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

7.3.1.1-3. Наличие, знание и исполнение алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов) организации помощи пациентам, находящимся **в крайне тяжелом состоянии** ("красная" группа).

7.3.2.1-3. Наличие, знание и исполнение алгоритмов (СОПов, инструкций) организации помощи, включая диагностику, лечение и наблюдение в приемном отделении **пациентам в тяжелом состоянии** ("желтая" группа).

5. ЛЕКАРСТВЕННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ. ФАРМАКОНАДЗОР

5.8.3.4. Наличие документально установленных свидетельств (подтверждений) **назначения препаратов off-label.**

5.9.1. Порядок назначения лекарственных препаратов.

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 т.ч. переход с парентеральных на пероральные ЛП*

- *Правильное время применения (введения)*

- *Правильно идентифицированный пациент.*

5.9.1.2. Наличие документально установленных свидетельств (подтверждений) **назначений ЛП в соответствии с клиническими рекомендациями/протоколами** лечения, в том числе локальными протоколами.

5.9.1.6. Наличие документально установленных свидетельств (подтверждений) **соблюдения временных интервалов введения** в соответствии с инструкциями к ЛП.

5.9.2. *Профилактика передозировки ЛП.*

5.12.1. Проведение/**осуществление оценки эффективности лекарственной терапии**:
Наличие алгоритмов (СОПов, инструкций) оценки эффективности лекарственной терапии, включая:

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**,₂₃

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

7.5.2. **Наличие и соблюдение временных нормативов/целевых показателей при экстренном поступлении/обращении** в стационар (этапов госпитализации), в соответствии с алгоритмами МО.

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 медсестры.*
- *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 (подтверждений) соблюдения временных нормативов/целевых показателей** при экстренном поступлении/обращении пациентов в стационар.

7.8.1.1. **Наличие алгоритмов** (СОПов, инструкций) 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. **Знание и исполнение алгоритмов** (СОПов, инструкций и других локальных актов) **оказания экстренной помощи**, включая наличие навыков работы в команде

7.8.2.1. **Наличие наборов для оказания экстренной помощи** в подразделениях МО в расчетных количествах

7.8.4.1. **Наличие исправного оборудования для оказания экстренной помощи** в расчетных количествах в соответствии с локальными документами, включая, дефибрилляторы, дыхательные мешки и маски, дыхательную и кислородную аппаратуру и т.д

9. ХИРУРГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ. ПРОФИЛАКТИКА РИСКОВ, СВЯЗАННЫХ С ОПЕРАТИВНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ

9.2. В медицинской организации **внедрен порядок учета, регистрации и анализа случаев периоперационных осложнений.**

9.2.1.4. Наличие **документально установленных свидетельств** (подтверждений) **проведения анализа периоперационных осложнений**, использования полученных данных для разработки корректирующих действий.

9.2.1.5. Наличие **документально установленных свидетельств** (подтверждений) **информирования медицинских работников** о результатах анализа периоперационных осложнений.

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

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

9.4.2.1. **Наличие алгоритмов** (СОПов, инструкций) **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.**

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

8.4.2.5. **Наличие документально установленных свидетельств** (подтверждений) **проведения антибиотикопрофилактики**, включая отметки времени введения и профилактической дозы АБТ.

9.6.2.2. Исполнение алгоритмов (СОПов, инструкций) по использованию хирургического чек-листа, включая: - *Подтверждение информации об аллергии; Наличие пульсоксиметра у пациента; - Наличие ЛП для анестезии в расчетном количестве; Подтверждение проведения профилактики в соответствии с алгоритмами; Подтверждение наличия и исправности оборудования (включая необходимого для оказания реанимации: кислородное оборудование, отсос, зонды и т.д.); - Подсчет количества инструментов и расходных материалов до ушивания раны; - Определение объема интраоперационной кровопотери; - Обсуждение участниками операционной бригады, включая врачей-хирургов и анестезиологов, среднего медицинского персонала основных проблем, произошедших во время операции, особенностей ведения пациента.*

9.8.1.1. Наличие алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов) перевода пациентов из операционной/операционного блока, включая:

- Наличие критериев перевода **в отделение реанимации/клиническое отделение**
- Наличие перечня медицинской документации необходимой для перевода пациентов
- Порядок сопровождения пациентов медицинскими работниками
- Порядок передачи пациентов медицинским работникам отделения реанимации/клинического отделения

9.8.2.1. Наличие алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов) ведения пациентов в послеоперационном периоде, включая: - *Формы/листы наблюдения с перечнем контролируемых показателей; - симптомов осложнений хирургических вмешательств (с определением критических значений), регулярности оценки каждого показателя; - Оформление данных мониторинга в Медкарте.*

9.8.2.3. Наличие **документально установленных свидетельств** (подтверждений) исполнения алгоритмов (СОПов, инструкций) **ведения пациентов в раннем послеоперационном периоде**, включая наличие полностью заполненных форм/листов наблюдения за состоянием пациентов в послеоперационном периоде без исправлений.

9.8.3.1.-5. Наличие **документально установленных свидетельств** (подтверждений) исполнения алгоритмов (СОПов, инструкций) **обезболивания пациентов** в послеоперационном периоде, включая: - *Оценка интенсивности боли при помощи шкал оценки, применимых для различных категорий пациентов, в том числе находящихся без сознания или не способных к коммуникации (дети, пациенты с когнитивными нарушениями); - Индивидуальный подбор методов обезболивания, ЛП, дозировок; - Оценка эффективности обезболивания в послеоперационном периоде.*

12.4.4.3. Наличие **документально установленных свидетельств** (подтверждений) соблюдения алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов) учета, регистрации и анализа случаев **пролежней**.

13. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ. СООТВЕТСТВИЕ ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ (ПРОТОКОЛАМ ЛЕЧЕНИЯ)

Цель направления: требования предназначены для сообщения медицинским организациям об основных показателях, необходимых для организации оказания медицинской помощи на основе данных доказательной медицины и оценки соответствия оказываемой медицинской помощи [клиническим рекомендациям](#) (протоколам лечения).

13.4. В медицинской организации медицинская помощь оказывается на основе данных доказательной медицины.

13.4.2.4. Наличие документально установленных свидетельств (подтверждений) осуществления лечебно-диагностического процесса в соответствии с локальными клиническими протоколами/алгоритмами.

ПО С Т А Н О В Л Е Н И Е

г. Владимир

«13» марта 2026 года

Дело № А11-5188/2023

Кроме того, распоряжением Правительства Российской Федерации от 12.10.2019 № 2406-р (действовал в период спорных правоотношений) учрежден Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения (далее - Перечень), в который включен препарат Деносумаб.

В этой связи при применении химиотерапевтических средств в отношении пациентов со злокачественными новообразованиями следует руководствоваться приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.08.2005 № 494 «О порядке применения лекарственных средств у больных по жизненным показаниям» (далее – Приказ №494).

Пунктом 4 Приказа №494 предусмотрены специальные требования, согласно которым перед началом применения лечащий врач должен проинформировать пациента (в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, родителей или законных представителей) о лекарственном средстве, об ожидаемой эффективности предлагаемой терапии, о безопасности лекарственного средства, степени риска для пациента, а также о действиях в случае непредвиденных эффектов влияния лекарственного средства на состояние его здоровья.

ПОЛОЖЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У БОЛЬНЫХ **ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ**

1. Настоящее Положение определяет порядок применения лекарственных средств у больных **по жизненным показаниям**.
4. Перед началом применения лечащий врач должен проинформировать пациента (в случаях, установленных [законодательством](#) Российской Федерации, родителей или законных представителей) о лекарственном средстве, об ожидаемой эффективности предлагаемой терапии, о безопасности лекарственного средства, степени риска для пациента, а также о действиях в случае непредвиденных эффектов влияния лекарственного средства на состояние его здоровья.

**24.11.2025 г. Пролетарский райсуд Твери Дело № 1-60/2025
приговорил анестезиолога-реаниматолога к году колонии-поселения за
смерть трёхлетнего пациента**

В Твери 50-летнего анестезиолога-реаниматолога частной стоматологической клиники признали виновным в причинении смерти по неосторожности (ч. 2 ст. 109 УК РФ).

Следствие установило, что 12 февраля 2024 года во время лечения хронического пульпита под общим наркозом у трёхлетней пациентки снизились показатели жизнедеятельности, **врач не остановил операцию и не начал своевременно её реанимировать.**

После окончания стоматологического лечения девочка не вышла из наркоза, её срочно госпитализировали в больницу, где она скончалась от сердечной недостаточности, не приходя в сознание.

Врача приговорили к **году лишения свободы в колонии-поселении с запретом** заниматься врачебной деятельностью **в течение двух лет.**

11.02.2026 22-87/2026 Тверской облсуд оставил приговор БЕЗ ИЗМЕНЕНИЯ
26.02.2026 г. Кассационная Жалоба ПРИНЯТА К РАССМОТРЕНИЮ 2 КСОЮ

25.11.2025 ДЕЛО № 1-318/2025 Воркутинским горсудом АР признан виновным по ч. 2 ст. 109 УК РФ: — назначено 1,5 года ограничения свободы; — введён запрет на врачебную деятельность сроком 2,5 года.

С больницы взыскана компенсация морального вреда в размере 1 млн рублей
Апелляционное Определение ВС РК от 24.02.2026 г 22-214/2026

С 08:00 до 10:20 27.08.2024 при проведении процедуры катетеризации правой подключичной вены, проявляя преступную небрежность, не предвидя возможности наступления общественно опасных последствий своих действий в виде причинения смерти, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должен был и мог предвидеть эти последствия совершил дефекты оказания МП:

- при проведении пункции и катетеризации правой подключичной вены 27.08.2024 **причинил перфорацию правой подключичной вены (ПВ)** центральным венозным катетером (тяжкий вред здоровью по признаку опасности для жизни), что привело к развитию двустороннего гемоторакса, кровоизлияния в средостение и мягкие ткани шеи со сдавлением органов средостения, геморрагического шока,

- **несвоевременно ПОЗДНЕЕ проведение рентгенографии грудной клетки (спустя более одного часа после катетеризации правой подключичной вены)** с целью диагностики расположения катетера.

В результате повреждения правой ПВ в 15:40 27.08.2024 наступила смерть.

Указывал на то, что перфорация сосуда произошла не от его действий при установке катетера, а допущена иными лицами при проведении иных манипуляций. Свою позицию обосновывал тем, что после установки катетера он проверил его функционирование, в течение длительного времени после его установки кровотечения не было: повреждение сосуда произошло позже от действий иных лиц.

СМЭ: причиной смерти явился геморрагический шок, обусловленный двусторонним гемотораксом (скоплением излившейся крови в плевральных областях общим объемом 1700 мл), гематомой средостения и мягких тканей шеи со сдавлением органов средостения, вследствие повреждения (перфорации) правой ПВ центральным венозным катетером при пункции и катетеризации подключичной вены от 27.08.2024.

Между повреждением правой ПВ и наступлением смерти имеется прямая причинно-следственная связь.

Эксперты **категорично** сделали вывод о том, что **сосуд был поврежден именно при установке катетера**, поскольку иных причин для возникновения кровотечения не выявлено, напротив, обнаружено повреждение ПВ справа, в которую именно И. устанавливал катетер.

СМЭ рентгенограммы грудной клетки, сделанная 27.08.2024 **в 11:30:** установлено, что двухпросветный катетер находится в проекции правой подключичной вены, **при этом конец катетера находится вне проекции верхней полой вены (в проекции левой половины грудной клетки)**, то есть имеет место неправильное положение катетера.

По поводу механизма поступления крови в плевральную полость эксперт пояснила, что поступление крови было постепенным, как из мягких тканей, так и непосредственно в плевральную полость, по которой данный сосуд проходит.

Кроме того, на наступление смерти потерпевшей повлияло скопление крови в средостении и мягких тканях шеи, что привело к затруднению дыхания.

- Судом Не учтены:** 1. Специфика и сложность данной медицинской процедуры: при её проведении отсутствует визуальный контроль за правильностью установки катетера.
2. Проведение рентгенографии для проверки правильности установки катетера **не являлось обязательным** с точки зрения регламента выполнения данной процедуры, но вызывалось необходимостью в этой конкретной ситуации.
3. Имела место преступная небрежность, а не преступное легкомыслие: **когда он не предвидел возможности наступления общественно опасных последствий своих действий, связанных с установкой катетера, но при необходимой внимательности и предусмотрительности должен был и мог предвидеть эти последствия (не принял мер к своевременному проведению рентгена для проверки правильности установки катетера).**
5. Заслуживает внимания также доводы главного врача и заместителя МЗ РК, приведенные ими в ходатайствах об отмене осужденному дополнительного наказания, которое они мотивировали катастрофической нехваткой квалифицированных кадров врачей в система здравоохранения республики и конкретно в ... больнице (острейший дефицит врачей АР).

Апелляция решила:

- отменить приговор в части назначения И. дополнительного наказания в виде лишения права заниматься врачебной деятельностью;
- снизить размер компенсации морального вреда 1 в пользу до 700 000 (семисот тысяч) рублей, снизить размер компенсации морального вреда 2 в пользу до 500 000 (пятисот тысяч) рублей.

МНОГОЛЕТНИЕ ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ «КРИМИНАЛЬНЫЕ» МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ В ПРАКТИКЕ АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА

АНЕСТЕЗИОЛОГ - РЕАНИМАТОЛОГ – ПОТЕНЦИАЛЬНО КРИМИНАЛЬНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ:

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 пальпации, перкуссии, аускультации пациента - на усмотрение



5. Диагностика положения катетера

Клинические рекомендации по проведению катетеризации подключичной и других центральных вен

коды медицинских услуг: A11.12.001; A11.12.001.001

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

ID:

URL:

Профессиональные ассоциации:

- Общероссийская общественная организация Федерация анестезиологов-реаниматологов

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

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

- Корректное внутривенное положение катетера рекомендуется подтверждать следующими методами [8 –13, 15, 20, 22, 23]:
 - Свободный обратный ток венозной крови (контроль газового состава крови и/или прямой контроль давления крови при оценке в динамике) (Уровень убедительности рекомендаций – D).
 - Рентгенологический метод (Уровень убедительности рекомендаций – D).
 - Ультразвуковой контроль (Уровень убедительности рекомендаций – D).
 - Рентгеновская компьютерная томография (Уровень убедительности рекомендаций – C).
- Уровень достоверности доказательств Па.

Комментарии

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА. КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕН. УХОД ЗА ЦЕНТРАЛЬНЫМ ВЕНОЗНЫМ КАТЕТЕРОМ

Е.А. Лебедева, М.А. Сайпулаева, В.В. Васильев

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| Сокращенное название лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) | | Стандартная операционная процедура (СОП) | | № документа | |
| | | | | Лист: ... Всего: ... | |
| Название: Катетеризация центральных вен. Уход за центральным венозным катетером | | | | Подразделения: | |
| Действует с «__» __ 202__ г. | | Заменяет: | Причина пересмотра: вводится в связи с изменением законодательных актов | | Действительно до изменения |
| Составил: | | | Согласовал: | | |
| Согласовал: Согласовал: | | | Утвердил: Руководитель _____ «__» __ 202__ г. | | |
| Цель разработки | <i>Настоящая стандартная операционная процедура определяет технологию проведения катетеризации центральных вен, ухода за центральным венозным катетером с целью профилактики развития осложнений и инфекций, связанных с проведением инвазивной процедуры. Применяется для внутреннего контроля всех сфер деятельности Организации, осуществления внутреннего контроля, анализа его эффективности и оценки качества, а также для защиты прав Организации, ее сотрудников и пациентов, разрешения споров</i> | | | | |
| Нормативные ссылки | <i>Настоящая стандартная операционная процедура разработана с учетом положений следующих нормативных правовых актов:</i> <ol style="list-style-type: none"> 1) Клинические рекомендации по проведению катетеризации подключичной и других центральных вен (2020); 2) Методическое руководство «Венозный доступ» (2019); 3) Клинические рекомендации «Профилактика катетер-ассоциированных инфекций кровотока и уход за центральным венозным катетером» (2017); | | | | |

16 июля 2025 Кызыльский райсуд взыскал с Онкодиспансера 2,5 млн рублей в пользу родственников умершей пациентки после операции по поводу 1 стадии рака щитовидной железы.

В послеоперационном периоде пациентке после операции по поводу 1 стадии рака щитовидной железы назначен цефтриаксон. На 4 сутки во время капельного введения цефтриаксона у пациентки возникли симптомы аллергической реакции в виде зуда, гиперемии, слабости, о чем она сообщила медицинской сестре. На следующие сутки пациентка обнаружена в палате в тяжелом состоянии на 30 минуте очередного введения цефтриаксона. Переведена в ОРИТ, где умерла от анафилактического шока к концу суток: потеря сознания, отек легких, отек мягкой мозговой оболочки и головного мозга, ДВС -синдром.

Дефекты: 1. Отсутствие периоперационной антибиотикопрофилактики.

2. Проба на цефтриаксон - не указаны: время выполнения пробы, доза цефтриаксона, способ выполнения (накожно, скарификация, внутрикожно, подъязычно), не указано время оценки, отсутствует ФИО исполнителя.

3. Отсутствуют показания для продленного введения цефтриаксона после операции в течение пяти суток в отсутствие мониторинга уровня лейкоцитов.

4. Продолжение в/в введения цефтриаксона на 4 сутки несмотря на появление симптомов аллергической реакции, требующее прекращения его введения.

5. Введение цефтриаксона продолжено на 5 сутки при наличии противопоказаний -

в Инструкции по применению Цефтриаксона (Азарексон) указано: **«Противопоказание: повышенная чувствительность к цефтриаксону».**

6. Не достижение запланированного результата: имеет место ятрогения – анафилактический шок на введение непоказанного цефтриаксона.

В МКБ-Х имеется формулировка диагноза: *«Т88.6. Анафилактический шок, обусловленный патологической реакцией на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство»*, которая исключает ответственность за возникновение шока.

Однако в данном случае условие *«обусловленный патологической реакцией на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство»* не было выполнено, т.к. цефтриаксон был назначен в течение 5 суток в отсутствие показаний, но и при наличии противопоказаний (18.01.25г.) – повышенная чувствительность.

12 ноября 2025 Верховный суд РТ увеличил сумму компенсации морального вреда до 4 млн.
Возбуждено уголовное дело: назначена СМЭ и начат поиск виновных лиц.

11 Декабря 2025 Свердловский областной суд окончательно утвердил решение о взыскании компенсации с ООО МЦ «Академический» и ГБУЗ Свердловской области «Городская станция скорой медицинской помощи города Нижний Тагил».

Системная токсическая реакция на лидокаин

Пациентка обратилась в медцентр «А» с сильной болью в спине. Врачи выполнили блокаду с лидокаином; развилась острая реакция на препарат, **женщина скончалась**.

Сын подал иск в суд: 4 миллиона с медицинского центра компенсации морального вреда и 1 миллион с ССМП.

СМЭ 2022: недостатками оказания МП травматологом МЦ А. явились:

- отсутствие обоснования выбора точки введения смеси растворов (дипроспана и лидокаина);
- отсутствие подробного описания техники введения: подбор инструмента (в том числе параметров иглы) направление и глубина погружения иглы в точке инъекции и др.;
- отсутствие у врача травматолога подтверждающих документов для выполнения данной инвазивной манипуляции («паравертебральная блокада») при ее отсутствии в перечне манипуляций, входящих в компетенцию врача травматолога – ортопеда;
- несоответствие перечня инвазивных манипуляций («внутрисуставное, периартикулярное» введение) в информированном добровольном согласии выполненной манипуляции («паравертебральной блокады») врачом. не состоят в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти пациента;
- превышена первичная и повторная дозы адреналина введенные внутримышечно;
- не выполнена катетеризация периферической вены;
- не проводилась оксигенотерапия;
- не применен автоматический наружный дефибриллятор;

- не обеспечена ЭКГ-диагностика;
- не предпринята попытка протезирования проходимости верхних дыхательных путей, не установлен воздуховод;
- не обеспечено внутривенное (внутрикостное) введение лекарственных препаратов, адреналин вводился внутримышечно, тогда как проведении комплекса сердечно-легочной реанимации адреналин вводится внутривенно или внутрикостно. Дефекты допущенные на указанном этапе оказания медицинской помощи в своей совокупности способствовали беспрепятственному течению и пролонгированию состояния клинической смерти и явились одним из условий для наступления неблагоприятного исхода.

СМЭ 2022: фельдшерской бригадой СМП в ходе проведения сердечно-легочной реанимации допущены нарушения рекомендаций по проведению расширенного комплекса сердечно-легочной реанимации, а именно: - не применен автоматический наружный дефибрилятор; - не обеспечена ЭКГ диагностика; - не обеспечен внутривенный и внутрикостный доступ для введения лекарственных препаратов; - в ходе проведения сердечно-легочной реанимации не вводился адреналин внутривенно или внутрикостно.

СМЭ 2023 недостатками оказания МП травматологом МЦ А. явились:

- превышена первичная и повторная дозы адреналина введенные внутримышечно; - не выполнена катетеризация периферической вены; не проводилась оксигенотерапия; - не применен автоматический наружный дефибрилятор; - не обеспечена ЭКГ-диагностика;
- не установлен воздуховод; - не обеспечено внутривенное (внутрикостное) введение лекарственных препаратов; адреналин вводился внутримышечно, тогда как проведении комплекса СЛР адреналин вводится внутривенно или внутрикостно.

СМЭ 2023: недостатками оказания СМП явились:

- недооценка состояния: проявления общетоксического действия лидокаина расценены как явление анафилактического шока;
 - не обеспечен венозный доступ, что не позволило применить внутривенное введение лекарственных средств;
 - не применен автоматический наружный дефибриллятор и не обеспечен ЭКГ мониторинг сердечной деятельности при проведении манипуляций сердечно-легочной деятельности;
 - не обеспечено внутрикостное введение лекарственных средств (адреналин/эпинефрин) при проведении мероприятий сердечно-легочной реанимации;
 - допущено превышение доз раствора адреналина (эпинефрина) при внутримышечном его введении по поводу «анафилактического шока»;
 - не установлен воздуховод и не применен мешок АМБУ для ИВЛ, не проведена оксигенотерапия (применение кислорода при ИВЛ);
 - отсутствие повторного вызова СМП при проявлении признаков клинической смерти.
- Действия травматолога «А» с момента появления признаков системной токсической реакции на лидокаин и допущенные при этом недостатки снизили эффективность проводимых мероприятий сердечно-легочной реанимации и со смертью состоят в косвенной причинно-следственной связи.

Суд удовлетворил исковые требования частично:

с ООО МЦ «А» взыскано 1,2 миллиона, со станции СМП – 250 тысяч.

Медицинский центр А попытался обжаловать решение, но областной суд оставил его без изменений.

Суд в Северной Осетии взыскал 8 миллионов рублей с больницы

Ленинский районный суд Владикавказа взыскал 8 млн рублей с Республиканской клинической больницы в пользу семьи 34-летней пациентки, погибшей в 2018 году.

Женщина поступила в стационар с болями в животе.

Причиной смерти стало грубое нарушение инструкции медсестрой: антибиотик «Цефтриаксон» смешали с кальций содержащим раствором «Рингера».

Такое сочетание образует осадок в кровотоке, что привело к практически мгновенному летальному исходу. В 2019 году медсестру признали виновной и приговорили к 2 годам ограничения свободы.

В рамках гражданского иска семья погибшей запрашивала 15 млн рублей. Суд утвердил выплату 8 млн рублей: по 3 млн детям, 1 млн супругу и по 500 тыс. брату и сестре. В случае нехватки средств у медицинского учреждения выплачивать долг будет региональное Министерство имущества.

Были описаны случаи **летальных исходов** у доношенных и недоношенных новорожденных до 1 месяца, связанные с образованием нерастворимых комплексов **цефтриаксон-кальций** в легких и почках.

ДЕКРИМИНАЛИЗАЦИЯ медицинской деятельности - СТАТЬИ 238 УК РФ В ОТНОШЕНИИ ВРАЧЕЙ с 08.01.2025 г.

Ст. 238. Оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности

Часть 2. Те же деяния, если они: в) повлекли по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью либо смерть человека,

Примечание. Действие настоящей статьи не распространяется на случаи оказания медицинскими работниками медицинской помощи.

(примечание введено Федеральным законом от 28.12.2024 N 514-ФЗ)

**РАЗРЕШАЕТСЯ НЕБЕЗОПАСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ?
НЕТ!**

Часть 2 статьи 293 УК РФ «Халатность». 2. Халатность, то есть неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе либо обязанностей по должности, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека, - наказывается принудительными работами на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового либо лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового».

Преступление по ч. 2 ст. 293 УК РФ отнесено к средней тяжести, **срок давности составляет 6 лет**, что делает данный состав привлекательным для СК РФ.

Дежурный врач анестезиолог-реаниматолог – должностное лицо, поэтому может стать субъектом привлечения к уголовной ответственности по статье халатность.

Дело № 1-63/2026 (1-490/2025)
АПЕЛЛЯЦИОННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ Ставропольского краевого суда
23 июля 2025 г. г. Ставрополь

Постановлением Пятигорского горсуда от 19.05.2025, уголовное дело в отношении **анестезиолога-реаниматолога** Ч., обвинявшейся по п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ, в связи с переквалификацией ее действий на ч. 2 ст. 118 УК РФ, прекращено на основании п. 3 ч. 1 ст. 24 УПК РФ в связи с истечением сроков давности уголовного преследования.

Жалоба пациента: отменить решение суда.

Ч. обвинялась в том, что, являясь врачом анестезиологом-реаниматологом, принимала участие в проведении **косметологических операций**, в том числе по блефаропластике, и в соответствии с п.п. 2.2, 2.3, 2.4, 2.5 Должностной инструкции **была обязана:**

- обеспечить соблюдение требований стандартов медицинской помощи,
- осуществлять анестезиологическое обеспечение операций, применяя современные и разрешенные в РФ методы анестезии, проводить общую внутривенную, ингаляционную, регионарную, многокомпонентную и комбинированную анестезию;
- осуществлять качественное и безопасное оказание медицинской помощи, включая своевременное оказание медицинской помощи, правильный выбор методов диагностики и лечения.

При проведении Л. косметологической операции «круговая блефаропластика нижних и верхних век» Ч. при проведении премедикации ввела Л. внутривенно 1 мл 0,1% р-а атропина, 1 мл 2% р-ра промедола, **для вводного наркоза внутривенно ввела 20 мл 1% пропофола, что превышает рекомендованную дозу пропофола 2-2,5 мг/кг для индукции** в общую анестезию взрослых пациентов, что **в последующем привело к остановке сердечной деятельности Л.**

Тем самым ненадлежаще исполнила свои профессиональные обязанности, что **повлекло причинение по неосторожности (небрежности) тяжкого вреда здоровью Л., хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должна была и могла предвидеть эти последствия**, что привело к стремительному развитию брадикардии, гипотензии, угнетению дыхания и остановке сердечной деятельности у Л.

В 15:30 - реанимационные мероприятия (ИВЛ с ларингеальной маской, непрямой массаж сердца, внутривенное введение 1 мг 0,1% адреналина, которые были эффективными, и **сердечная деятельность была восстановлена в 15:33**, в связи с чем, **операция «круговая блефаропластика», была продолжена.**

Ч., действуя по неосторожности, допуская преступную небрежность, **не остановила проведение операции по абсолютным показаниям в целях сохранения жизни пациента**, не предвидя возможности наступления опасных последствий в виде причинения тяжкого вреда здоровью Л., **хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должна была и могла предвидеть эти последствия:**

- **не начала проведение интенсивной терапии**, направленной на борьбу с последствиями и осложнениями острой гипоксии головного мозга,
- **не приняла решение о помещении пациента в отделение ИТАР**, что в последующем, согласно заключению эксперта от 10.07.2024, причинило тяжкий вред здоровью Л.

Таким образом, врач анестезиолог-реаниматолог Ч. вследствие небрежности нарушен Профессиональный Стандарт врача анестезиолога-реаниматолога, утв. приказом Минтруда РФ № 554 Н от 27.08.2018 в части дефектов лечения:

- **в виде введения высокой дозы пропофола для вводного наркоза;**
- **в виде избыточности анестезиологического пособия:** совместное применение **промедола** (премедикация) и **фентанила с пропофолом** (седация);
- **в виде отсутствия контроля анестезиологом за жизненно важными функциями** (постоянного мониторингования: ЧСС, ЧД, сатурация, линия ЭКГ) при проведении анестезиологического пособия во время оперативного вмешательства;
- **дефектов диагностики:**
 - ненадлежащая оценка тяжести последней в ближайшем постреанимационном периоде,
 - не установление факта и степени повреждения головного мозга,
 - не установление причины остановки сердечной деятельности во время операции «круговая блефаропластика»,

Дефекты диагностики и лечения **находятся в прямой причинно-следственной связи** с причинением тяжкого вреда здоровью.

Не выполнены требования Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология» (приказ № 919н):

- наблюдение за состоянием пациента после окончания анестезиологического пособия до восстановления и стабилизации жизненно важных систем организма и проведении мероприятий по лечению осложнений анестезиологического пособия, реанимации и интенсивной терапии при состоянии угрожающих жизни пациента,
- решение о помещении в отделение ИТАР.

Прокурор изменил обвинение Ч. с ч. 2 ст. 238 на ч. 2 ст. 118 УК,
т.е. признал факт оказания Ч. медицинской помощи.

Суд первой инстанции, в связи с истечением 2 лет срока давности по ч. 2 ст. 118 УК РФ
прекратил уголовное дело.

Однако, в данном случае подлежали исследованию и оценке доказательства, необходимые для решения вопроса о квалификации действий Ч., то есть для решения вопроса о том:

- **была ли оказана потерпевшей медицинская помощь, то есть действия, направленные на сохранение жизни и здоровья,**
- **либо имело место оказание медицинской услуги, не обязательной для охраны здоровья, оказываемой медицинскими специалистами на коммерческой основе, но использующими при этом медицинские познания и навыки.**

Адвокат Л. настаивал на том, что имело место оказание медицинской услуги, поскольку потерпевшая проблем со здоровьем не имела и обратилась в клинику лишь для коррективы некоторых особенностей внешности (блефаропластики век), не связанных с состоянием здоровья.

Таким образом, суд первой инстанции, не установил обоснованность заявленного государственным обвинителем изменения обвинения, не мотивировал принятое решение ссылками на исследованные доказательства.

При таких обстоятельствах постановление Пятигорского городского суда от 19.05.2025 в отношении Ч. нельзя признать законным и обоснованным, в связи с чем оно подлежит отмене, а уголовное дело - передаче на новое рассмотрение в тот же суд в ином составе.

Внимание:

- платная медицинская услуга – может быть не медицинской помощью, т.к. не отвечает определению: **«комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление**

здоровья»;

- отсутствие заболеваний – отсутствие показаний для медицинской помощи;

- продолжение операции после клинической смерти – небезопасная деятельность;

- отсутствие наблюдения после клинической смерти и отсутствие перевода в ОРИТ - небезопасная деятельность;

- передозировка препарата - небезопасная деятельность.

Дело с 30.07.25 г по настоящее время рассматривается повторно!

Приговор А-Р от 28.07.2025 г. Ульяновск

Анестезиолог-реаниматолог (А-Р) признан виновным по ч. 2 ст. 118 УК РФ причинил тяжкий вред здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения им своих профессиональных обязанностей. Назначено наказание в виде ограничения свободы на срок 1 год 6 месяцев и дополнительное наказание: лишения права заниматься врачебной деятельностью на срок 1 год 6 месяцев.

26.11.2024 г. по медицинским показаниям решено родоразрешить беременную двойней в экстренном порядке путем проведения операции кесарево сечение. А-Р с М/С-анестезистом обязан был оказать квалифицированную медицинскую помощь путем проведения спинальной анестезии.

А-Р попросил м/с-анестезиста подать ему медицинский препарат «бупивакаин», при этом в отсутствии должного контроля с его стороны за действиями среднего медперсонала в обращении с лекарственными препаратами получил от другой медицинской препарат, а именно «битранекс» (транексамовую кислоту).

Далее А-Р, **не предвидя возможности наступления общественно опасных последствий своих действий в виде причинение тяжкого вреда здоровью хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности, он должен был и мог предвидеть эти последствия,** в нарушение требований нормативных актов **не проверил вводимый пациенту препарат, при помощи шприца набрал переданное ему лекарство «битранекс» (транексамовую кислоту).** После чего сделал укол в спинномозговое пространство поясничного отдела позвоночника и ввел препарат в субарахноидальное пространство спинного мозга, что привело к ухудшению состояния здоровья.

Вследствие ненадлежащего исполнения А-Р профессиональных обязанностей и допущенного им непреднамеренного (ошибочного) введения интратекально (в субарахноидальное пространство спинного мозга) транексамовой кислоты указанный препарат вызвал токсическое (химическое) повреждение центральной нервной системы с восходящим отёком головного мозга, что привело к развитию угрожающего жизни состояния: острой церебральной недостаточности, сопровождающейся нейрогенной дисфункцией органов и систем (судорожный синдром с нарушением сознания, дистрибутивный (спинальный) шок, преходящая систолическая дисфункция левого желудочка) - которое квалифицируется как тяжкий вред, причинённый здоровью человека, по признаку опасности для жизни (приказ МЗ и СР РФ от 24.04.2008 №194н).

А-Р пояснил: он взял шприц и попросил подать ему «бупивакаин». Это единственное лекарство, которое используется в больнице при спинальной анестезии. До этого он сказал медсестре, и в тот момент во второй раз озвучил его название - «бупивакаин». После того, как он попросил подать ему данный препарат, медсестра тремя пальцами, держа уже открытую ампулу препарата, подала ему данный препарат. Он иглой шприца погрузился в ампулу препарата, набрав его в шприц.

Данная ампула выглядела идентично ампуле с препаратом «бупивакаин».

Без технических сложностей была проведена пункция предполагаемого препарата «бупивакаин» в спинномозговое пространство пациентки. Через три минуты анестезия не наступила, и она стала жаловаться на жжение в области ягодиц. Далее по согласованию с заведующим АРО было принято решение о проведении общей анестезии, которая была проведена, а также проведена операция кесарево сечение. Во время операции один из врачей предположил, что был введен другой препарат.

Признает вину в предъявленном обвинение, поскольку м/с анестезист перепутала препарат, а он не проверил название препарата, который она передала ему в открытой ампуле, перед тем как ввести его пациентке.

Он принес извинения потерпевшей, намерен лично загладить причиненный ей вред в денежном выражении, однако потерпевшая отказывается от какой-либо помощи.

М/С-анестезист: перед началом операции А-Р был объяснен порядок проведения операции и введения наркоза.

Заведующий АРО сказал ей, чтобы она подготовила ампулу транексама, так как у пациентки высокий риск кровотечения. А также помимо «транексама» она подготовила укладку препаратов для проведения анестезии.

При проведении спинальной анестезии А-Р сказал подать ампулу, **но название не сказал.** В результате чего она взяла ампулу, которую ей сказали подготовить - «битранекс» (транексамовую кислоту).

Затем вслух она озвучила название данного препарата, открыла ампулу и продемонстрировала его А-Р.

А-Р посмотрел на ампулу, которая была в ее руках, ввел шприц с иглой в ампулу, набрав 2 мл транексамовой кислоты. Затем ввел данный препарат в спинномозговой канал пациентки.

Примерно через пять минут стала жаловаться на жжение в области места введения препарата, а также на отсутствие анестезии.

Далее Заведующий АРО сказал А-Р вводить в общий наркоз.

Затем Заведующий АРО подошел к ней, посмотрел в урну с отходами, куда она выбросила пустую ампулу, достал из нее пустую ампулу с названием «битранекс», и отвел ее в свой кабинет, где она ему рассказала о всей процедуре проведения анестезии.

Заключение СМЭ: наличие прямой причинно-следственной связи между непреднамеренным (ошибочным) введением в субарахноидальное пространство 2 мл Транексамовой кислоты, т.е. недостатком (дефектом) МП и ухудшением состояния здоровья в результате токсического (химического) повреждения центральной нервной системы с восходящим отёком головного мозга, что привело к развитию угрожающего жизни состояния - острой церебральной недостаточности, сопровождающейся нейрогенной дисфункцией органов и систем (судорожный синдром с нарушением сознания, дистрибутивный (спинальный) шок, преходящая систолическая дисфункция левого желудочка).

Мировой судья не признает в качестве обстоятельства, смягчающего наказание: активное содействие раскрытию и расследованию преступления, поскольку причастность А-Р к совершению преступления была установлена в ходе предварительного следствия, какой-либо новой информации, ранее неизвестной органам следствия и которая имела бы значение для раскрытия и расследования преступления, в его показаниях не содержится.

Сам факт признания вины и дача признательных показаний не свидетельствует об активном содействии раскрытию и расследованию преступления, и не является основанием для признания смягчающим наказание обстоятельством, предусмотренным п. "и" ч. 1 ст. 61 УК РФ.

Гражданский иск по делу не заявлен.

В мировой медицинской статистике зафиксирован всего 31 случай введения транексамовой кислоты вместо спинальной анестезии. Среди пациентов 11 рожениц, и лишь единственной удалось полностью выздороветь, 9 скончались, одна осталась инвалидом.

ФОРМАЛЬНЫЙ ПОДХОД: повреждение гортани тяжкий вред здоровью

12 ноября 2025 г. в Ленинском районном суде г. Тамбова вынесли приговор АР по ч. 2 ст. 109 УК РФ «Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей»

В мае 2024 г. 72-летней пациентке при выполнении интубации **повреждена гортань (перфорация), возник гнойный медиастинит и плеврит с летальным исходом.**

Комиссионная СМЭ подтвердила: **АР допустила дефекты, которые стали причиной смерти пациентки.**

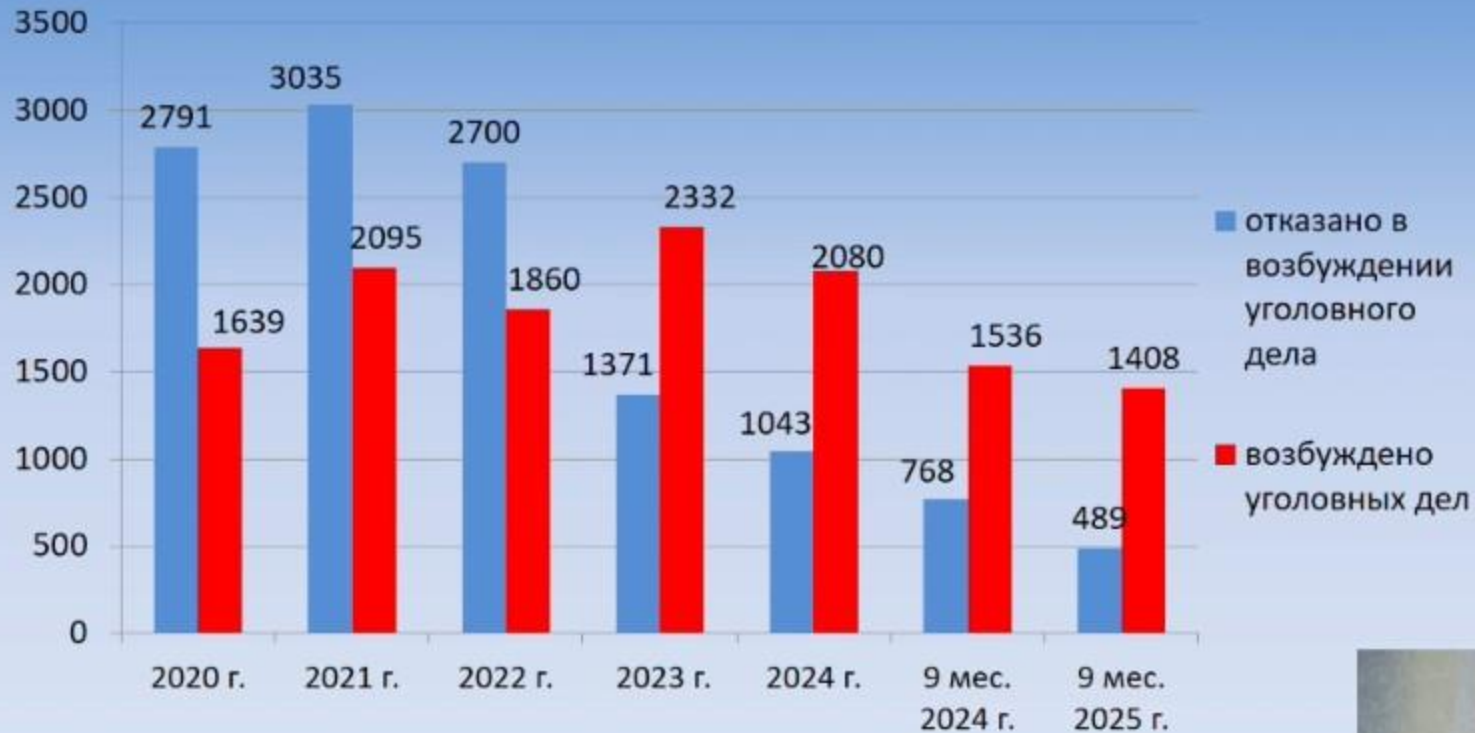
Суд назначил виновной наказание в виде 1 года 6 месяцев ограничения свободы с лишением права заниматься врачебной деятельностью на срок 1 год 6 месяцев.

20.01.26 г. приговор вступил в законную силу апелляция отклонена: приговор оставлен в силе

Количество сообщений о преступлениях, поступивших в органы Следственного комитета Российской Федерации



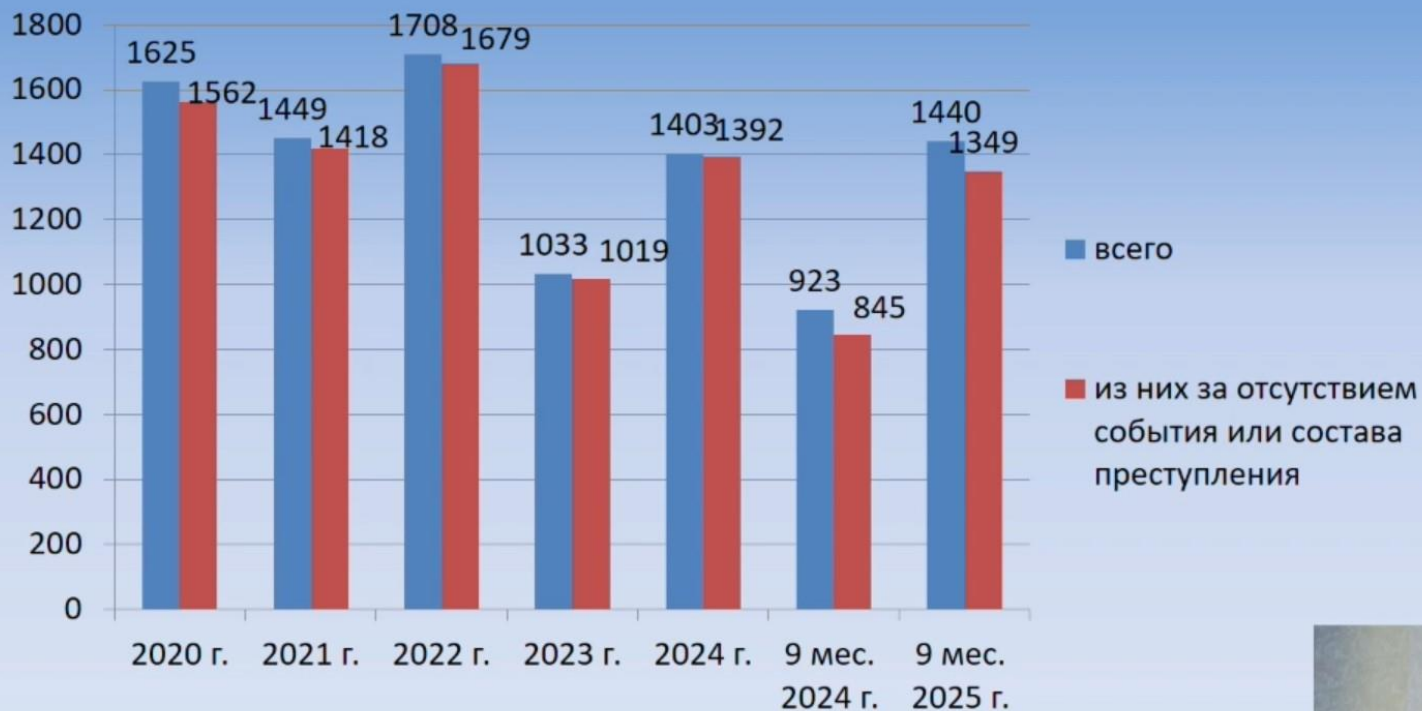
Результаты рассмотрения сообщений о преступлениях



Количество назначенных судебных экспертиз по уголовным делам



Прекращено уголовных дел



Чтобы выйти из полноэкранного режима, нажмите Esc

Количество уголовных дел, направленных в суд, всего



Статьи УК РФ, по которым возбуждены уголовные дела в отношении медицинских работников



Приказ Минздрава РФ от 27.10.2025 г. № 642н
ПОРЯДОК ПРИМЕНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

3. **Медицинская организация** с учетом возложенных на нее функций **создает условия**, обеспечивающие соответствие оказываемой медицинской помощи **критериям оценки качества медицинской помощи**, формируемым в том числе на основе клинических рекомендаций и утверждаемым в соответствии с [частью 2 статьи 64](#) ФЗ № 323-ФЗ.

Приказ Минздрава России от 14 апреля 2025 г. N 203н
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым **при брюшном тифе**

14. Выполнен осмотр **врачом-анестезиологом-реаниматологом** не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при наличии медицинских показаний)

1.15. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям **при менингококковой инфекции** (коды по [МКБ-10](#): A39, Z22.3)

5. Выполнено суточное наблюдение **врачом-анестезиологом-реаниматологом** на койках интенсивной терапии в стационарных условиях с оценкой по шкале комы Глазго (пациентам с рефрактерным септическим шоком и (или) церебральной недостаточностью и (или) некупируемым судорожным статусом)

1.67. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым **при остром гепатите В (с печеночной комой)**

10. Выполнен осмотр врачом - **анестезиологом-реаниматологом** с оценкой степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго (не позднее 30 минут от момента поступления в стационар) **63**

5.6. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям **при абстинентном состоянии (синдроме отмены) с делирием**

1. Выполнен прием **врачом-анестезиологом-реаниматологом** первичный **не позднее 1 часа** от момента поступления в стационар

5.43. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям **при психических и поведенческих расстройствах, острой интоксикации**

1. Выполнен осмотр врачом-психиатром-наркологом и (или) осмотр (консультация) **врачом-анестезиологом-реаниматологом**

10.12. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым **при гриппе**

8. Выполнен осмотр (консультация) **врачом - анестезиологом-реаниматологом** первичный (пациентам с частотой дыхания > 25 в 1 минуту, $SpO_2 < 92\%$)

16. Выполнена консультация врача - **анестезиолога-реаниматолога** пациентам с наличием быстро прогрессирующей острой дыхательной недостаточности или другой органной недостаточностью и произведен перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии при наличии медицинских показаний

10.41. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым **при вирусных пневмониях**

6. Выполнен осмотр (консультация) врачом - **анестезиологом-реаниматологом** (пациентам с частотой дыхания > 25 в 1 минуту, $SpO_2 < 92\%$)

11.40. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при циррозе и фиброзе печени

15. Выполнен осмотр (консультация) врачом-**анестезиологом-реаниматологом** (пациента с циррозом печени с признаками острого кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта)

14.55. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при синдроме гиперстимуляции яичников

14. Выполнен осмотр (консультация) врачом-**анестезиологом-реаниматологом** первичный

15.38. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при затрудненных родах [дистоции] вследствие предлежания плечика, дистоции плечиков

2. Выполнен вызов второго врача - акушера-гинеколога, врача-неонатолога, второй акушерки, врача - **анестезиолога-реаниматолога** или иных медицинских работников

15.40. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при медицинской помощи матери при установленных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода, и антенатальной гибели плода

1. Выполнен осмотр врачом - акушером-гинекологом и (или) осмотр (консультация) врачом - **анестезиологом-реаниматологом** (не позднее 10 минут от момента поступления в стационар)

15.43. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при преждевременной отслойке плаценты

1. Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом и осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом (не позднее 10 минут от момента поступления в стационар)

15.51. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при послеродовом кровотечении

7. Выполнен врачом анестезиологом-реаниматологом венозный доступ (2 вены катетерами 14 - 16G) и неинвазивный мониторинг (артериальное давление, частота сердечных сокращений, электрокардиография, SpO₂) с оценкой диуреза (в течение 10 мин)

19.66. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при анафилактическом шоке

7. Выполнена госпитализация в отделение анестезиологии и реанимации на срок не менее 24 ч

19.101. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при острых отравлениях опиоидными наркотическими веществами

1. Выполнен осмотр врачом-токсикологом и (или) осмотр (консультация) врачом - анестезиологом-реаниматологом не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар

19.13. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи при черепно-мозговой травме

(бездействие, как составляющее вины при экстренной форме МП)

1. Выполнен общесоматический и неврологический осмотр с оценкой по шкале Глазго . *Для выявления нарушения сознания – признака угрозы жизни*
2. Выполнена компьютерная томография головного мозга или рентгенография черепа (в двух проекциях)
3. Выполнены интубация трахеи и искусственная вентиляция легких (при состоянии по шкале Глазго 9 баллов и ниже). *ДН – признак угрозы жизни*
4. Выполнено суточное прикроватное мониторирование параметров жизненно важных функций организма (при состоянии по шкале Глазго 8 баллов и ниже)
5. Выполнено хирургическое лечение (удаление гематомы) (при *сдавлении* и смещении вещества мозга, деформации и сдавлении ликворных пространств и угрозе или нарастании *дислокационного синдрома* с развитием рефрактерной внутричерепной гипертензии)
6. Выполнены реабилитационные мероприятия (в первые 72 часа пребывания в стационаре)

6.18. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при ишемическом инсульте и транзиторной ишемической атаке *(бездействие, как составляющее вины при экстренной форме МП)*

1. Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный с оценкой неврологического статуса по шкале инсульта NIH и степени нарушения сознания по шкале комы Глазго и (или) FOUR не позднее 10 минут от момента поступления в стационар
2. Выполнена оценка состоятельности глотания при помощи теста оценки глотания ("трехглотковая проба" с использованием пульсоксиметра) в течение первых 3 часов пребывания пациента в стационаре
3. Выполнена компьютерная томография головного мозга или магнитно-резонансная томография головного мозга с получением результатов исследования (заключения) в течение 40 минут от момента поступления пациента в стационар
4. Выполнены лечебная физкультура при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга, и (или) лечебная физкультура с использованием аппаратов и тренажеров при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга, и (или) постуральная коррекция, и (или) эрготерапия, и (или) медико-логопедическое исследование при дисфагии, и (или) медико-логопедическая процедура при афазии, и (или) медико-логопедическая процедура при дизартрии не позднее 48 часов от момента поступления в стационар
5. Выполнено направление на консультацию к врачу-сердечно-сосудистому хирургу или врачу-нейрохирургу, или к врачу по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению при выявлении стеноза сонной артерии более 50% по критериям NASCET или более 75% по критериям ESCT

9.5. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при геморрагическом инсульте

1. Выполнена компьютерная томография головного мозга или магнитно-резонансная томография головного мозга не позднее 40 минут от момента поступления в стационар
2. Выполнена консультация врачом-нейрохирургом в срок не позднее 60 минут с момента получения результатов компьютерной томографии больному, у которого по заключению компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии установлены признаки геморрагического инсульта
3. Выполнена оценка состоятельности глотания при помощи теста оценки глотания ("трехглотковая проба" с использованием пульсоксиметра) в течение первых 3 часов пребывания пациента в стационаре
4. Выполнено хирургическое лечение по поводу удаления внутримозговой гематомы
5. Выполнено хирургическое лечение по поводу разорвавшейся аневризмы в остром периоде кровоизлияния
6. Выполнена компьютерная томография головного мозга в течение 24 часов после хирургического лечения
7. Выполнены лечебная физкультура при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга, и (или) лечебная физкультура с использованием аппаратов и тренажеров при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга, и (или) постуральная коррекция, и (или) эрготерапия, и (или) медико-логопедическое исследование при дисфагии, и (или) медико-логопедическая процедура при афазии, и (или) медико-логопедическая процедура при дизартрии не позднее 48 часов от момента поступления в стационар
8. Выполнена компьютерно-томографическая ангиография, или магнитно-резонансная ангиография, или церебральная ангиография для выявления источника кровоизлияния при подозрении на разрыв аневризмы или артериовенозной мальформации по данным компьютерной томографии головного мозга и (или) магнитно-резонансной томографии головного мозга, а также у пациентов моложе 45 лет и при отсутствии гипертонического анамнеза

9.15. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы

5. Выполнено введение лекарственных препаратов для тромболитической терапии не позднее 10 минут от момента установления диагноза в первые 12 часов от начала развития инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST при невозможности выполнения первичного чрескожного коронарного вмешательства в течение 120 минут от постановки диагноза до введения проводника в инфаркт-связанную артерию и после оценки показаний и противопоказаний к тромболитической терапии
6. **Выполнена коронарная ангиография** и, при необходимости, чрескожное коронарное вмешательство в пределах 2 - 24 часов **после успешной тромболитической терапии**, либо пациент направлен в иную медицинскую организацию для проведения медицинского вмешательства
7. Выполнено в максимально короткие сроки **чрескожное коронарное вмешательство при неуспешной тромболитической терапии** (через 60 - 90 минут после осуществления тромболитической терапии), при снижении сегмента ST не превышает 50% в отведениях, где элевация сегмента ST была максимальной), при появлении признаков гемодинамической (острая сердечная недостаточность) или электрической (жизнеугрожающие аритмии) нестабильности, при прогрессирующей ишемии миокарда или нестихающей боли в груди, либо пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для срочного проведения инвазивного исследования и лечения
8. Выполнено первичное чрескожное коронарное вмешательство, когда время от постановки диагноза до введения проводника в инфаркт-связанную артерию не превышает 120 минут в первые 12 часов от начала развития инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST, или в срок от 12 до 48 часов после начала заболевания, или в более поздние сроки в случаях, когда сохраняется и (или) возобновляется ишемия миокарда, отмечается гемодинамическая (острая сердечная недостаточность) или электрическая (жизнеугрожающие аритмии) нестабильность, либо пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для срочного проведения инвазивного исследования и лечения
20. Выполнено коронароангиография и (или) чрескожное коронарное вмешательство с использованием доступа через лучевую артерию (при отсутствии медицинских противопоказаний)

10.14. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при внебольничной пневмонии

5. Выполнено исследование прокальцитонина в крови у пациентов при тяжелой пневмонии
6. Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови у пациентов с дыхательной недостаточностью ($SpO_2 < 92\%$ по данным пульсоксиметрии)
10. Выполнена оценка прогноза по шкале CURB/CRB-65 или PORT
11. Выполнена оценка тяжести внебольничной пневмонии по шкале АТО/АОИБ или SMART-COP
13. Выполнена кислородотерапия у пациентов с $SpO_2 < 92\%$ и $PaO_2 < 60$ мм рт. ст. при дыхании воздухом (при отсутствии медицинских противопоказаний)
24. Выполнено обоснование выбора антибактериального лекарственного препарата системного действия с учетом стратификации риска возбудителей и профиля антибиотикорезистентности
25. Выполнена оценка эффективности и безопасности стартового режима АБТ через 48 - 72 часа
33. Выполнены и поддерживаются целевые значения SpO_2 и (или) PaO_2
34. Выполнена высокопоточная оксигенотерапия или неинвазивная вентиляция легких при гипоксемии и (или) видимой работе дыхания на фоне стандартной оксигенотерапии (при тяжелой внебольничной пневмонии)
35. Выполнен перевод на искусственную вентиляцию легких при наличии соответствующих показаний (при тяжелой внебольничной пневмонии)
36. Выполнена вентиляция в положении "лежа на животе" при гипоксемии и индексе PaO_2 или FiO_2 менее 150 мм рт. ст. (при тяжелой внебольничной пневмонии)
37. Выполнен контроль положительного давления на выдохе и дыхательного объема с поддержанием целевых показателей при искусственной вентиляции легких (при тяжелой внебольничной пневмонии)
38. Выполнено лечение гидрокортизоном (тяжелая внебольничная пневмония, осложненная септическим шоком < 1 суток, рефрактерном септическом шоке или необходимости использования норэпинефрина в дозе, превышающей 0,5 мкг/кг/мин)
39. Выполнено лечение парентеральными антикоагулянтами в профилактической дозе (при тяжелой внебольничной пневмонии)

10.41. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при вирусных пневмониях

2. Выполнены анализ крови биохимический общетерапевтический и базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), и исследование концентрации D-димера в крови, и исследование концентрации фибриногена в крови, и исследование прокальцитонина в крови, и исследование тропонина в крови, и исследование ферритина в крови

6. Выполнен осмотр (консультация) врачом - анестезиологом-реаниматологом (пациентам с частотой дыхания > 25 в 1 минуту, SpO₂ $< 92\%$)

10. Выполнена оксигенотерапия (при сатурации менее 92%)

Закон РФ № 323-ФЗ

Статья 2. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе

3) медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

4) медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

5) медицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и **имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций**, а также искусственное прерывание беременности;

20 июня 2024 г. Черновский райсуд Забайкалья осудил анестезиологов-реаниматологов по **пп. «б, в» ч. 2 ст.238 УК РФ** – «Оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья, повлекших по неосторожности смерть человека»: Г. приговорили к 2,5 годам колонии-поселения, Т. – к 3 годам. Дело № 1-12/2024

В ноябре 2021 года родители ребенка обратились в частную клинику ООО «Клиника Медикс» для лечения зубов. Заявлялось, что анестезиолог-реаниматолог Г. принял решение провести лечение 14 молочных зубов под наркозом, **проигнорировав представленные анализы пациента и не направив его на консультацию педиатра, невролога и других специалистов.**

После пятичасового лечения под наркозом у ребенка **развился ларингоспазм**, который купировали препаратами, но вскоре **приступ повторился и пациента направили в Краевую клиническую инфекционную больницу.**

А-Р Т., не стала госпитализировать ребенка, а **ограничилась его наблюдением в условиях приемного покоя.** Тогда свидетели утверждали, что пациент был бодр, ходил по отделению и ел банан.

Однако к вечеру приступ повторился и **после неэффективного купирования спазма ребенку выполнили интубацию и подключили к аппарату ИВЛ.**

Через сутки у него развилась острая аноксия. Спустя неделю пациент скончался.

Эксперты установили, что на момент лечения зубов у ребенка было воспаление верхних дыхательных путей и во время интубирования пациента Г. **повредил гортань**, однако наличие травмы не было зафиксировано врачами краевой больницы и не описано по результатам вскрытия.

Вина Т., по версии СК, заключалась в **несвоевременной госпитализации, а также в подключении пациента к аппарату ИВЛ, который за три дня до инцидента не прошел проверку инженерами и его эксплуатация была запрещена.**

26.11.2024 г. Краевой суд Забайкалья изменил приговор районного суда Читы:

- анестезиологу-реаниматологу частной клиники Г. **увеличил срок лишения свободы на год – до 3,5 лет,**
- анестезиологу-реаниматологу Т. инфекционной больницы исключили наказание в виде лишения права заниматься врачебной деятельностью.

14.02.2025 г. Чернавский суд переqualificировал состав с ч. 2 ст. 238 на ч. 2 ст. 109 освободил от наказания Г. Дело №4/13-1/2025
Карымский суд освободил от наказания Т.

15.04.2025 г. 8 Кассационный суд ДЕЛО № 7У-1642/2025 [77-1259/2025]
Жалоба БЕЗ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ, судебные решения БЕЗ ИЗМЕНЕНИЯ

В Верховный Суд РФ жалоба не поступала

15.11.2024 года Приговор Правобережный райсуд Липецка Дело № 1-25/2024

Хирургу С. Областной детской больницы по п. «б», «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ

лишение свободы сроком на 3 года с отбыванием наказания в исправительной колонии общего режима, с лишением права заниматься медицинской деятельностью на срок 2 (два) года 6 (шесть) месяцев (подлежит исполнению после отбытия основного наказания в виде лишения свободы).

08.02.2025 г. Липецкий областной суд оставил приговор в силе.

08.08.2025 г. 1 Кассационный суд: Жалоба (представление) БЕЗ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ, а обжалуемые судебные решения БЕЗ ИЗМЕНЕНИЯ.

Пациентке 2 лет с болями в животе дважды за сутки (утром и поздно вечером 11.05.18 г.) отказано в госпитализации по причине отсутствия признаков острой хирургической патологии, рекомендовано обращение в Клиническую инфекционную больницу, где поставлен диагноз энтероколита. 12-13 пациентка была дома. 14.05.18 г. в 10.00 доставлена повторно в Инфекционную больницу, смерть в 13:50.

Протокол вскрытия: перфорация тощей кишки, разлитой перитонит, сепсис, септический шок 3-4 степени, СПОН.

СПб БСМЭ: Давность развития перитонита по судебно-гистологическим данным составляет 3-4 суток до момента наступления смерти ребенка. Перитонит является абсолютным показанием для госпитализации в хир. стационар - состоянием, угрожающим жизни. Без отсутствия нужного лечения он закономерно осложняется септическим (инфекционно-токсическим) шоком. Непосредственной причиной смерти в реанимационном отделении ЛОКИБ 14.05.2018 года явился септический шок и гиповолемический шок в стадии декомпенсации (III-IV степени).

Между ненадлежащим оказанием медицинской помощи дежурным хирургом С. 11-12.05.18 г., **отсутствием правильной диагностики перитонита и смертью имеется косвенная причинно-следственная связь.** При отсутствии дефектов повышалась вероятность избежать наступления летального исхода.

Решая вопрос о правовой оценке действий подсудимой, суд исходит из следующих Диагностических и тактических дефектов:

- не вызван ответственный (более опытный) хирург по больнице,
- не выполнены клинический и биохимический анализы крови, мочи,
- не выполнено УЗИ органов брюшной полости,
- не выполнена обзорная рентгенограмма брюшной полости, грудной клетки,
- не осуществлена госпитализация, ввиду чего не осуществлялось динамическое наблюдение и не организовано своевременное надлежащее лечение, что привело к развитию угрожающего жизни состояния - септического шока в стадии декомпенсации (III-IV ст., явившегося осложнением хирургической патологии – перфорации стенки тонкой кишки с излитием кишечного содержимого в брюшную полость с развитием вторичного фибринозно-гнойного перитонита - тяжкого вреда здоровью, прив. к смерти.

Довод подсудимой об отсутствии в условиях приемного покоя ГУЗ «ОДБ» возможности в вечернее, ночное время, а также в выходные и праздничные дни провести УЗИ исследование, **опровергается, как главного врача, так и ответами Управления здравоохранения в Липецкой области.** Как альтернатива возможно было в ночное время с 11 на 12 мая 2018 года проведение обзорной рентгенограммы брюшной полости, что также С. ребенку назначено и проведено не было.

Действуя умышленно, с целью безосновательного сокращения объема своей работы во время дежурства, в нарушение требований Приказа МЗ СССР № 320, Порядка и Критериев 203н, а также п. 1 ст. 7 Закона РФ «О защите прав потребителей», согласно которому услуга при обычных условиях ее использования должна быть безопасна для жизни и здоровья потребителя, отвечать установленным законодательством требованиям безопасности, положений Отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении» ОСТ 91500.01.0005-2001, утв. приказом МЗ РФ от 22.01.2001 года № 12, определяющего безопасность как отсутствие недопустимого риска, связанного с возможностью нанесения ущерба, вместо экстренной госпитализации ребенка в стационар, где было бы обеспечено его круглосуточное наблюдение медицинскими работниками, выполнение комплекса инструментально-лабораторных исследований и необходимое лечение, С. выполнила только визуальный осмотр ребенка с пальпацией живота и ректальным пальцевым исследованием, повторно необоснованно исключила фактически имевшееся хирургическое заболевание и отпустила ребенка для продолжения консервативной терапии по месту жительства, не направленной на лечение имевшейся хирургической патологии, **то есть умышленно оказала, не достигшей возраста 6 лет, медицинские услуги, не отвечающие требованиям безопасности жизни и здоровья потребителя.**

Форма вины – небрежность: С. не предвидела возможности наступления общественно опасных последствий своих действий и бездействия в виде тяжкого вреда здоровью и смерти ребенка, которые при необходимой внимательности и предусмотрительности должна была и могла предвидеть. .

Суд отметил: согласно записям журнала учета госпитализаций «ОДБ» в период дежурства С. с 11.05.2018 года по 12.05.2018 года доставлены несколько детей с предварительным диагнозом «Острый аппендицит», но никому из них не назначены дополнительные исследования, и ни один из них не был госпитализирован.

ПРИЗНАК оказания услуг, не отвечающих требованиям безопасности: не одному ребенку, а многим, т.е. жизнь и здоровье многих поставлено под угрозу

Суд установил: Между дефектами оказания медицинской помощи, как в совокупности, так и каждым в отдельности, допущенными утром 11.05.2018 года и в ночное время с 11.05.2018 года на 12.05.2018 года, и развитием неблагоприятного исхода – наступлением смерти имеется прямая причинно-следственная связь.

Субъективная сторона преступления, предусмотренного ст. 238 УК – умышленная вина по отношению к оказанию услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей, и неосторожная вина по отношению к причиненному вреду.

Суд отметил: По результатам разбора данного летального случая на врачебной комиссии в «ОДБ» она была привлечена к дисциплинарной ответственности за отступление от приказа МЗ СССР от 23.03.1984 года № 320 «О мерах по дальнейшему совершенствованию хирургической помощи детям в СССР», ей было объявлено замечание. С данным решением она согласна не была, но не обжаловала, так как планировала дальнейшую работу в данном лечебном учреждении и не хотела портить отношения с руководством.

20.08.25 г. Решение Октябрьского райсуда Амурской области – 1 млн. руб. компенсации морального вреда по Делу №2-168/2025.

Пациент Г. госпитализирован в хирургическое отделение Октябрьской ЦРБ с диагнозом: «Инсулинозависимый сахарный диабет с множественными осложнениями 2 типа. Диабетическая стопа. Остеомиелит 1 пальца левой стопы. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения. Гипертоническая болезнь 3 степени. Артериальная гипертензия 3 степени, ожирение 1-2 степени» для плановой ампутации ногтевой фаланги первого пальца левой стопы.

04.10.2022 г. в 10:45 в условиях тотальной внутривенной анестезии начата ампутация ногтевой фаланги первого пальца левой стопы, в 11:10 остановка сердечной деятельности, начаты реанимационные мероприятия: интубация трахеи, ИВЛ без эффекта, в 11-40 – смерть. Протокол вскрытия: отек легких, обусловленный инфарктом миокарда на фоне сахарного диабета.

Уголовное дело прекращено в связи с истечением сроков давности.

СМЭ «Судебно-экспертный центр СК РФ»: непосредственной причиной смерти является обтурационная механическая асфиксия, развившаяся в результате регургитации желудочного содержимого, с дальнейшей его аспирацией, как следствие дефекта проведения анестезиологического пособия.

Дефекты в части проведения анестезиологического пособия:

- не выполнен предоперационный осмотр пациента с оценкой операционного риска (МНОАР), риска анестезии (ASA), риска развития трудной интубации (Малампати, Эль-Ганзури), соответствии с КР ФАР «Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей у взрослых пациентов в стационаре»;

- **неверно выбран вид анестезии** (с учетом имеющейся сопутствующей патологии так же при имеющихся возможностях следовало прибегнуть к проведению проводниковой, спинальной анестезии с сохраненным сознанием);
- **отсутствие анальгезии пациента** (пропофол 200 мг, МТ 108 кг., не является анальгетиком имеет гипнотический, седативный эффект), следовало применить наркотические анальгетики, либо использовать другой препарат для ведения анестезии, обладающий анальгезирующим эффектом (кетамин), с целью выполнения не только седации, но и обезболивания;
- отсутствие предоперационной подготовки, отсутствие оценки операционного риска, риска анестезии, **отсутствие какого-либо вида обезболивания** во время проведения операции **привели к возникновению регургитации, приведшей к возникновению обтурационной механической асфиксии**, с последующей аспирацией желудочным содержимым;
- отсутствие оценки риска развития интубации не позволили анестезиологу заблаговременно подготовиться к возможным осложнениям: привлечение второго анестезиолога, изменение положения тела пациента при интубации; подготовка к интубации посредством бронхоскопа; проведение интубации незамедлительно, при появлении признаков гипоксии, как в следствии аспирации, так и в следствии нарушения проходимости дыхательных путей.
- явления **крайней гипоксии (SpO₂ менее 95%)** по КИТ длились в течении 25 минут, то есть с момента начала операции в 10:45 до наступления клинической смерти 11:10, когда, после трех безуспешных попыток заинтубировать больного проведена интубация посредством гибкого бронхоскопа (при своевременной заблаговременной подготовке к интубации посредством бронхоскопа интубация трахеи занимает не более двух минут).

Между дефектами анестезиологического пособия и наступлением смерти усматривается **прямая причинно-следственная связь**, то есть **выявленные дефекты анестезиологического пособия привели к наступлению смерти**.

В соответствии с **п. 6.2.6** медицинских критериев степени тяжести вреда **обтурационная механическая асфиксия** вследствие регургитации, аспирации желудочного содержимого расценивается как причинившее тяжкий вред здоровью, опасный для жизни человека вызвавший расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивает смертью.

Врач-анестезиолог указал, что на исход оперативного вмешательства могло напрямую повлиять принятие пациентом незадолго до операции пищи. Накануне операции лечащим врачом пациенту разъяснялось о необходимости соблюдения предоперационного режима по приему пищи, а именно, что последний прием пищи должен быть не позднее вечера накануне, после чего ночь и утро не кушать и не пить. Однако, как выяснилось в ходе операции, он пренебрег данными требованиями, у пациента после удаления ногтевой фаланги ногтя развилась регургитация: во время интубации трахеи с помощью бронхоскопа, в полости рта были обнаружены густые пищевые массы, поскольку пациент в день операции поел, предположительно орехи. Нарушения были допущены только в части ведения медицинской документации, а именно, что **не отразили о разъяснении пациенту необходимости соблюдения предоперационного режима**.

На вопрос «Как могло повлиять несоблюдение предоперационного режима (нельзя ни есть, ни пить за три часа до проведения наркоза) на проведение интубации трахеи? Состоит ли несоблюдение предоперационного режима в прямой причинно-следственной связи со смертью?» **эксперты указали**, что в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти состоят дефекты анестезиологического пособия на этапе оказания медицинской помощи в условиях в период времени.

В представленной медицинской документации отсутствует назначение какого-либо предоперационного режима.

Прием пищи менее чем за три часа до начала общей анестезии **может способствовать повышению анестезиологического риска**, в связи с чем пациенты без ургентной патологии подлежат предоперационной подготовке, с оценкой операционных и анестезиологических рисков, а также рисков трудной интубации.

Иные дефекты МП:

- нет протокола проведения сердечно-легочной реанимации, хотя в наркозной карте, и в записи анестезиолога есть запись о выполнении реанимационных мероприятий, с введением адреналина и искусственной вентиляцией легких;
- нет протокола определения момента смерти человека и прекращения реанимационных мероприятий и констатации смерти;
- дефекты диагностики и лечения СД 2 типа: не выполнена терапия лекарственными препаратами для лечения СД (приказом МЗ РФ от 01.10.2020 г. N 1054н «Об утверждении **стандартов** медицинской помощи взрослым при сахарном диабете 2 типа» и КР «Сахарный диабет 2 типа у взрослых 2022 г.».)

03.10.25 г. Михайловская межрайонная прокуратура Волгоградской области утвердила обвинительное заключение по уголовному делу в отношении врача-анестезиолога ГБУЗ «Михайловская ЦРБ».

Он обвиняется в совершении семи эпизодов преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 159 УК РФ – **в мошенничестве**.

По версии следствия, обвиняемый, выполняя возложенные на него профессиональные обязанности, **заведомо зная о том, что анестезиологическая помощь при операциях предоставляется бесплатно, сообщал пациентам о возможности за денежное вознаграждение предоставить якобы более качественную анестезию.**

При этом фактически всем пациентам применялась одна и та же анестезия.

Таким способом мужчина обманул 7 граждан, получив от них от 5 до 25 тыс. рублей.

Вину в инкриминируемых деяниях фигурант уголовного дела полностью признал.

Проверив материалы уголовного дела, Михайловская межрайонная прокуратура Волгоградской области посчитала собранные следствием доказательства достаточными для утверждения обвинительного заключения.

Уголовное дело направлено прокуратурой для рассмотрения по существу в Михайловский районный суд Волгоградской области.

16.10.2025 г. уголовное дело прекращено судом за примирением сторон 84

Приказ Минтруда России от 27 августа 2018 г. N 554н

«Профессиональный стандарт Врач - анестезиолог-реаниматолог»

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

Необходимые умения. Выполнять:

- торакоцентез, в том числе торакоцентез под контролем УЗИ;
- пункцию плевральной полости под контролем УЗИ

06.10.2025 г. Прокуратурой Волгоградской области в суд передано **дело 42-летнего хирурга за смерть пациента от кровотечения после пункции плевральной полости из поврежденной селезенки по ч. 2 статьи 109 УК РФ «Причинение смерти по неосторожности».**

В январе 2024 года в медучреждение поступил пациент. Лечащий врач-кардиолог назначил ему проведение плевральной пункции.

Следствие установило, что хирург выполнил манипуляцию без учета состояния больного, **«не проведя ему дополнительные исследования в виде УЗИ или КТ для исключения фактов повреждения внутренних органов пункционной иглой».**

Спустя несколько часов после пункции состояние пациента ухудшилось: у него развились внутрибрюшное кровотечение (более 1500 мл) и геморрагический шок. Мужчине удалили селезенку, позже он скончался.

Судмедэкспертиза установила, что пункционной иглой при проведении пункции плевральной полости была повреждена селезенка.

Хирург свою вину не признал.

Наступление летального исхода вследствие ятрогенного повреждения ветви межреберной артерии при проведении плевральной пункции

Д.м.н., доц. А.П. БОЖЧЕНКО*, д.м.н., проф. И.А. ТОЛМАЧЕВ, д.м.н., проф. А.Н. БЕЛЫХ

Мужчина, 60 лет, на 3-и сутки после аортокоронарного шунтирования - стал ощущать ухудшение самочувствия: двусторонний гидроторакс (по 150—200 мл жидкости в обеих плевральных полостях). На 5-е сутки нарастание гидроторакса до 650 мл - Пункция. На 8-е в левой плевральной полости до 300 мл: Пункция. Через 40 мин пульс 90-95 в мин, АД 80—85/40—45 мм рт.ст. ОРИТ. На 75-й минуте клиническая смерть. СЛР 40 мин безуспешна.

Протокол вскрытия: острая массивная кровопотеря, левосторонний тотальный гемоторакс (2800 мл жидкой крови и 700 г свертков), гиповолемический шок.

Ранение пункционной иглой коллатеральной ветви межреберной артерии девятого межреберья слева.

— отсутствие направления на лабораторное исследование полученной в ходе плевральной пункции жидкости на маркеры воспаления и кровотечения (имеются данные только о макроскопической оценке состояния плевральной жидкости — могли быть обнаружены эритроциты);

— непроведение вскоре после плевральной пункции контрольного ультразвукового (либо рентгенографического) исследования левой плевральной полости для своевременной диагностики возможных осложнений (повреждение легкого, пневмо- и гемоторакс). В последующем (в период сердечно-легочной реанимации) запоздалое проведение такого исследования;

— при неясности клинической картины и в период диагностического поиска не провели доступных и высокоинформативных с точки зрения диагностики гемоторакса физических методов исследования (аускультация и перкуссия органов грудной клетки);

— отсутствие контроля кожной раны в месте пунктирования левой плевральной полости. При патологоанатомическом исследовании обнаружили кровоизлияние и умеренное пропитывание кровью повязки, что можно было увидеть в период, когда пациент был еще жив;

— неправильная интерпретация характерной для острой кровопотери триады симптомов: низкое артериальное давление, частый нитевидный пульс и холодная, влажная кожа (исходно и в динамике). Следует также добавить временную связь указанных симптомов с плевральной пункцией (вскоре после манипуляции), характерную для кровопотери резкую бледность кожного покрова, а также негативные признаки: отсутствие свойственных острому инфаркту миокарда острой боли в левой половине груди, перебоев в работе сердца и чувства страха;

— неправильная интерпретация полученного результата общего клинического анализа ранее (до развития клинически значимой кровопотери) взятой крови, согласно которому содержание гемоглобина было немного меньше (116 г/л), чем накануне (104 г/л).

РЕКОМЕНДАЦИИ СМЭ:

Первая рекомендация: прокол надо производить в седьмом или восьмом межреберье, поскольку пункция в расположенном ниже межреберье повышает риск травмирования внутренних органов (легкое, печень и др.). Кроме того, в расположенных ниже межреберьях ход межреберных артерий и их ветвей более вариабелен: они чаще локализируются не под нижним краем находящегося выше ребра, которое частично их защищает, а посередине межреберья, что повышает риск их травмирования при проколе мягких тканей межреберья. Результаты патологоанатомического исследования показали, что плевральная пункция в рассмотренном случае осуществлена в девятом межреберье. Смещение места пунктирования книзу, в девятое межреберье, допускается у лиц с гиперстеническим типом телосложения (пациент был нормостенического телосложения); при узком межреберье, кожных заболеваниях соответствующей локализации (невусы, инфицированные раны), которых у пациента не было. Ориентация хирурга только на «метку» по результатам УЗИ плевральной полости является по существу врачебной ошибкой (переоценка значения результатов инструментального метода исследования), поскольку УЗИ лишь определяет уровень жидкости в плевральной полости и наиболее удобный доступ (естественно, что при малом гидротораксе он оказался ниже обычного), но не учитывает всего комплекса анатомо-морфологических особенностей пациента.

Вторая рекомендация: проведение пункции между лопаточной и задней (либо средней) подмышечной линиями. Обоснование данной рекомендации является принципиально важным. На протяжении от околопозвоночной (паравerteбральной) до средней подмышечной линии диаметр задних межреберных артерий и их коллатеральных ветвей

непрерывно уменьшается за счет большого количества артериальных ответвлений, питающих межреберные мышцы. Именно на участке от околопозвоночной до лопаточной линии он оказывается наибольшим. Следует учитывать и другие важные анатомические особенности межреберных сосудов, негативно сказывающиеся на прогнозе для жизни пациента в случае их повреждения: кровоснабжение непосредственно от аорты, вследствие чего в них долгое время поддерживается высокое АД; при повреждении они «кровят» из обоих концов, поскольку анастомозируют с передними межреберными артериями; стенки указанных сосудов тесно связаны с фасциями межреберных мышц, из-за чего не спадаются и тем самым не способствуют тромбированию и остановке кровотечения. При патологоанатомическом исследовании установили, что плевральная пункция в рассмотренном случае осуществлена медиальнее лопаточной линии — между околопозвоночной и лопаточной линиями (на наиболее опасном участке). Ретроспективное обоснование лечащим врачом такого решения якобы имевшимися плевральными фибринозными наложениями и межплевральными сращениями (шварты) не подтвердилось: их наличие не было установлено (воспалительный процесс плевральной полости был, но слабовыраженный и не препятствовал равномерному распространению жидкости в плевральной полости).

Третья рекомендация: прокол межреберья следует делать по верхнему краю нижележащего ребра, чтобы не повредить межреберную артерию. Именно по верхнему краю ребра проходит коллатеральная ветвь межреберной артерии, диаметр которой меньше, чем диаметр межреберной артерии, но все же достаточно велик, чтобы при повреждении стать источником клинически значимого внутреннего кровотечения (в том числе смертельного), особенно на начальном участке — между околопозвоночной и лопаточной линиями, где был произведен прокол межреберья. Следует иметь в виду, что коллатеральная ветвь не является сосудистой аномалией (на этом в последующем пыталась настаивать сторона защиты), да и в рамках вариативной анатомии в данном случае диаметр ее не был избыточно большим; как и предполагается, он был меньше диаметра межреберной артерии. Патологических выпячиваний (аневризмы), изгибов и каких-либо иных особенностей сосуда также не обнаружили.

Ранение иглой коллатеральной ветви межреберной артерии девятого межреберья слева, осложнившееся острой массивной кровопотерей, представляет собой «вред здоровью, опасный для жизни, вызвавший расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью», в связи с чем квалифицируется как тяжкий (п. 6.2.3 «Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации №194н от 24.04.08).

С медико-биологических позиций смерть пациента (следствие) находится в прямой причинно-следственной (причинной) связи с ранением коллатеральной ветви межреберной артерии девятого межреберья слева, осложнившимся острой массивной кровопотерей (причина) на фоне хронической ишемической болезни сердца. Особенностью данного случая при юридической квалификации явилось то обстоятельство, что цепь патологических процессов в организме пациента, запущенных ранением сосуда, должна была и была бы прервана при условии надлежащего оказания медицинской помощи после плевральной пункции, в период первичного обращения пациента (уже находящегося в палате кардиохирургического отделения) с жалобами на ухудшение самочувствия. Напомним: при осмотре отмечены холодный пот, бледность кожного покрова, затрудненность дыхания, нитевидный и при этом учащенный до 90—95 в минуту (с 65—70) пульс, снижение АД до 80—85/40—45 мм рт. ст. (со 110—120/70—80). Лечащий врач отделения имел все основания и должен был предположить осложнение после плевральной пункции (внутреннее кровотечение). Достаточно было провести аускультацию и перкуссию органов грудной клетки, выполнить при необходимости ультразвуковое или рентгенологическое исследование, чтобы диагностировать осложнение. Вместо этого предприняли меры по повышению АД (внутримышечно кордиамин) до практически исходных отметок (110/65 мм рт.ст.), что было явно избыточно. В течение примерно 20 мин пассивно наблюдали за состоянием пациента без выполнения иных безотлагательно требовавшихся диагностических исследований. В условиях специализированного хирургического стационара, в котором находился пациент, этого времени было достаточно для перевода его в операционную (перевязочную) с целью выполнения неотложных мер по остановке кровотечения.

Согласно традиционному подходу, дежурному хирургу может вменяться причинение тяжкого вреда здоровью либо смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 118 либо ч. 2 ст. 109 УК РФ), а лечащему врачу — причинение смерти по неосторожности (ч. 2 ст. 109 УК РФ).

Исходно для проведения плевральной пункции было сомнительное показание: наличие жидкости в левой плевральной полости в объеме около 300 мл и жалобы больного на одышку (за 3 сут до этого пункция проведена при наличии в плевральной полости почти в 2 раза большего объема жидкости — 650 мл). Опасности для жизни данное состояние не представляло. Плевральная пункция проведена в девятом, а не в седьмом или восьмом межреберье, между лопаточной и околопозвоночной линиями, а не между лопаточной и задней (либо средней) подмышечной, как это рекомендуется, с повышенным риском повреждения коллатеральной ветви межреберной артерии, без достаточного на то обоснования в точке, отмеченной по данным УЗИ (переоценили значение этого метода исследования, но без учета данных топографической анатомии). Положительный эффект мог быть достигнут не связанными с риском действиями (например, путем увеличения дозы ранее назначенного сердечного препарата или его смены). Таким образом, исключая вину обстоятельства крайней необходимости (ст. 39 УК РФ «Крайняя необходимость») и обоснованного риска (ст. 41 УК РФ «Обоснованный риск») в данном случае неприменимы. Казус (ст. 28 УК РФ «Невиновное причинение вреда») также не имел места, поскольку коллатеральная ветвь межреберной артерии не является аномалией развития сосуда, диаметр ее не был избыточно большим, патологических изгибов и каких-либо иных особенностей расположения сосуда также не обнаружили. На следующем этапе оказания медицинской помощи (в кардиохирургическом отделении) также не было каких-либо объективных причин, исключяющих неосторожную форму вины врача.

ЯТРОГЕННАЯ СМЕРТЬ ПАЦИЕНТКИ В РЕЗУЛЬТАТЕ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА "НАРОПИН"

СЕМЕНОВ С.Л., БОЖЧЕНКО А.П., ТОЛКАЧ П.Г., 2020

Пациентка обратилась за амбулаторной медицинской помощью по поводу парапроктита.

Принятое врачом решение для местной анестезии — применение лекарственного препарата «Наропин».

На 20 минуте введения препарата в необходимой дозировке у пациентки внезапно развились судороги и наступила клиническая смерть, в дальнейшем пациентка скончалась.

При проведении судебно-медицинского исследования трупа наиболее значимым было следующее: небольшая точечная рана в верхненаружном квадранте правой ягодицы, отек легких, жидкая кровь и мелкие рыхлые свертки крови в полостях сердца, отек головного мозга.

При проведении посмертного токсикологического исследования крови было обнаружено наличие ропивакаина (компонент наропина), превышающее пороговую токсическую концентрацию.

Повторным экспертным исследованием было установлено, что привело к наступлению смерти — ошибочное введение анестетика «Наропин» непосредственно в кровеносный сосуд, что запрещено инструкцией по его применению вследствие очень узкой зоны токсического действия.

Осужден по ч. 2 ст. 109 УК РФ

В США присудили почти миллиард долларов за врачебную ошибку при родах

В штате Юта суд постановил выплатить семье \$951 млн компенсации за тяжёлую родовую травму, полученную их дочерью в 2019 году.

В ходе родов неопытные медсестры ввели опасные дозы препарата для стимуляции родов. Дежурный врач в это время спал в соседней комнате и не контролировал процесс.

Экстренное кесарево сечение было проведено только через сутки после начала родовой деятельности.

В результате девочка родилась с тяжёлым повреждением мозга и теперь нуждается в круглосуточном уходе.

Судья Патрик Корум назвал условия родов «самым опасным местом на планете» для этой пациентки.

г. Владимир

6 октября 2023 года

Дело № А11-5991/2023

Пациент 4-х лет с болями в животе поступил в 04:00 в ОКДБ из РБ. Острая хирургическая патология живота отвергнута. **ИБ не заведена.** Пациент отправлен домой. В 21:00 поступил повторно. Осмотр в 22:40. РГ ОГК в 01:00 – тотальный ателектаз легкого. 02:00 – **пункция – извлечено 500 мл гноя в плевральной полости. 8:00 летальный исход.**

Приказ МЗ РФ от 05.08.2022 г. N 530н

"Об утверждении унифицированных форм медицинской документации ..."

1. Утвердить: учетную форму N 001/у "**Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях**, в условиях дневного стационара:

В случае отказа в госпитализации в стационар, дневной стационар

Причина отказа в госпитализации (отказался пациент, отсутствие показаний, помощь оказана в приемном отделении медицинской организации, направлен в другую медицинскую организацию, иная причина)

Фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, зафиксировавшего причину отказа в госпитализации

Приговор Дело № 1-141/2024 – по ч. 2 ст. 109 УК РФ причинение смерти по неосторожности назначить наказание в виде ограничения свободы на срок 2 года с лишением права заниматься врачебной деятельностью на срок 2 года

Гражданское ДЕЛО № 2-1669/2024: компенсация морального вреда родителям 11 млн. рублей

**Решением Фрунзенского райсуда г. Иваново от 31.10.2024 г. с КБ «РЖД - Медицина»
взыскана компенсация морального вреда в размере 15 млн. рублей.**

Пациентка поступила в больницу РЖД с острым аппендицитом **на 17-й неделе беременности**. Спустя 9 дней после проведенного хирургического вмешательства ее выписали с сильной болью в животе. Выписной эпикриз: консультация хирурга и гинеколога по м/ж.

Из больницы она поехала в женскую консультацию, где ей диагностировали аднексит без точной локализации, назначено консервативное лечение.

Спустя два дня пациентку доставили сначала в ГКБ № 4, а затем в Ивановский НИИ материнства и детства **с диагнозом абсцесс малого таза, разлитой перитонит**. **Беременность сохранить не удалось, проведена экстирпация матки с маточной трубой и яичником.**

СМЭ 1 Бюро СМЭ: в КБ РЖД-Медицина

- **дефект тактики лечения: не назначение антибактериальной терапии в послеоперационном периоде при гнойном деструктивном аппендиците;**
- **дефект диагностики: не диагностирование развития осложнений: абсцесс малого таза и разлитой перитонит.**

Дефекты тактики лечения и диагностики не признаны прямой причиной неблагоприятных исходов.

СМЭ 2: АНО «Приволжское бюро судебных экспертиз» - дефекты в РЖД-Медицина:

- Объективный осмотр врачом-хирургом был проведен недостаточно.
- Не рассматривался вопрос о проведении лапароскопической аппендэктомии.
- Операция начата с задержкой на 3 часа.
- **Отсутствует карта течения анестезии.**
- Не проведена предоперационная антибиотикопрофилактика.
- Не забран материал на бактериологическое исследование выпота из брюшной полости.
- Не отражено наличие мутного выпота в диагнозе.
- Отсутствует обоснование клинического диагноза.
- Не проводилась продленная антибактериальная терапия.
- Не проведена консультация уролога при жалобах на мочеиспускание.

В результате развились осложнения – перитонит.

Установлена косвенная причинно-следственная связь между отсутствием предоперационной антибиотикопрофилактики, монотерапией цефтриаксоном в 1 сутки и неблагоприятным исходом.

СМЭ-3 – Бюро СМЭ СПб: не был диагностирован абсцесс, что привело к развитию разлитого перитонита; антибактериальная терапия не была оптимальной.

Имеется косвенная причинно-следственная связь между дефектами и исходом.

16 июня 2025 г. Судебная коллегия Ивановского облсуда в апелляционном определении указала, что **действующее законодательство не связывает возможность компенсации морального вреда с наличием исключительно прямой причинно-следственной связи.**

30 сентября 2025 г. Судебная коллегия по гражданским делам Второго кассационного суда общей юрисдикции оставила решение без изменения (Дело № 88-20530/2025). **93**



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРИКАЗ

от 8 апреля 2025 г. № 172н

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА,
ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА**

вступил в силу с 1 сентября 2025 г.

Отсутствует официальное юридическое определение вреда здоровью

5. Квалифицирующими признаками тяжести вреда, причиненного здоровью человека, являются:

5.1. В отношении тяжкого вреда здоровью:

5.1.1. Вред здоровью, опасный для жизни человека:

5.1.1.4. Проникающее ранение стенки глотки или **гортани**, или **трахеи**, или пищевода; ранение щитовидной железы.

5.1.1.5. **Перелом** подъязычной кости или **хрящей гортани**: щитовидного, или перстневидного, или черпаловидного, или надгортанного, или рожковидного, или хрящей трахеи при развитии угрожающего жизни состояния.

5.1.2. Вред здоровью, опасный для жизни человека, вызвавший развитие расстройства жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно (угрожающее жизни состояние):

5.1.2.1. Шок тяжелой (III - IV) степени (**анафилактический, геморрагический**)

5.1.2.2. Острая или обильная (массивная) кровопотеря.

5.1.2.3. Кома любой степени - **АНОКСИЯ**.

5.1.2.4. Острый отек, или набухание, или сдавление головного или спинного мозга с дислокационным синдромом – **инфузионная терапия**.

5.1.2.5. Острая сердечная или сосудистая недостаточность III - IV стадии.

5.1.2.6. Острая дыхательная недостаточность III (тяжелой) степени или острый респираторный дистресс-синдром.

5.1.2.7. Острая почечная, или острая печеночная, или острая надпочечниковая недостаточность тяжелой степени, или острый панкреонекроз.

5.1.2.8. Расстройство регионального или органного кровообращения, приведшее к инфаркту внутреннего органа или гангрене конечности.

5.1.2.9. **Гнойное или септическое состояние: сепсис**, или менингит, или энцефалит, или миелит, или эндокардит, или миокардит, или инфекционный перикардит, или медиастинит, или плеврит, **или перитонит**.

5.1.2.10. Следующие состояния являются квалифицирующими признаками в отношении тяжкого вреда здоровью **при развитии угрожающего жизни состояния или наступлении смерти:**

травматические **гемоторакс, или пневмоторакс, или гемопневмоторакс,** или гемоперикард;

эмболия (газовая, или жировая, или тканевая, или тромбоземболия) сосудов головного мозга, или сердца, или легких;

острое отравление химическими или биологическими веществами;

различные виды асфиксии в результате внешнего воздействия;

18. **Неблагоприятный исход** оказания медицинской помощи, **возникновение которого находится в прямой причинно-следственной связи с недостатком** (недостатками) оказания медицинской помощи, **оценивается как вред**, причиненный здоровью человека.

19. **Осложнение** медицинского вмешательства, **возникновение которого находится в прямой причинно-следственной связи с недостатком** (недостатками) оказания медицинской помощи, **оценивается как вред**, причиненный здоровью человека.

20. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, не определяют в следующих случаях, если:

20.1. При медицинском обследовании лица, направленного на экспертизу, исследовании материалов дела и медицинских документов, результатов проведенных инструментальных и лабораторных исследований, сущность вреда, причиненного здоровью человека, **определить не представилось возможным.**

Приказ Минздрава России от 14 апреля 2025 г. N 203н
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ

1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при брюшном тифе

14. Выполнен осмотр **врачом-анестезиологом-реаниматологом** не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при наличии медицинских показаний)

1.15. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при менингококковой инфекции (коды по [МКБ-10](#): A39, Z22.3)

5. Выполнено суточное наблюдение **врачом-анестезиологом-реаниматологом** на койках интенсивной терапии в стационарных условиях с оценкой по шкале комы Глазго (пациентам с рефрактерным септическим шоком и (или) церебральной недостаточностью и (или) некупируемым судорожным статусом)

1.67. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром гепатите В (с печеночной комой)

10. Выполнен осмотр врачом - **анестезиологом-реаниматологом** с оценкой степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго (не позднее 30 минут от момента поступления в стационар)

5.6. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ, абстинентном состоянии (синдроме отмены) с делирием

1. Выполнен прием (консультация) врача-психиатра-нарколога первичный и (или) осмотр (консультация) **врачом-анестезиологом-реаниматологом** первичный и (или) прием (консультация) врача-психиатра первичный (при подозрении на синдром отмены с делирием) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар

5.43. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ (алкоголя, опиоидов, каннабиноидов, седативных и снотворных веществ, кокаина, других стимуляторов (кроме кофеина), летучих растворителей, никотина, галлюциногенов и нескольких психоактивных веществ), острой интоксикации

1. Выполнен осмотр врачом-психиатром-наркологом и (или) осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом

10.12. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гриппе

8. Выполнен осмотр (консультация) врачом - анестезиологом-реаниматологом первичный (пациентам с частотой дыхания > 25 в 1 минуту, SpO2 < 92%)

16. Выполнена консультация врача - анестезиолога-реаниматолога пациентам с наличием быстро прогрессирующей острой дыхательной недостаточности или другой органной недостаточностью и произведен перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии при наличии медицинских показаний

10.41. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при вирусных пневмониях

6. Выполнен осмотр (консультация) врачом - анестезиологом-реаниматологом (пациентам с частотой дыхания > 25 в 1 минуту, SpO2 < 92%)

11.40. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при циррозе и фиброзе печени

15. Выполнен осмотр (консультация) врачом-**анестезиологом-реаниматологом** (пациента с циррозом печени с признаками острого кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта)

14.55. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при синдроме гиперстимуляции яичников

14. Выполнен осмотр (консультация) врачом-**анестезиологом-реаниматологом** первичный

15.38. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при затрудненных родах [дистоции] вследствие предлежания плечика, дистоции плечиков

2. Выполнен вызов второго врача - акушера-гинеколога, врача-неонатолога, второй акушерки, врача - **анестезиолога-реаниматолога** или иных медицинских работников

15.40. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при медицинской помощи матери при установленных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода, и антенатальной гибели плода

1. Выполнен осмотр врачом - акушером-гинекологом и (или) осмотр (консультация) врачом - **анестезиологом-реаниматологом** (не позднее 10 минут от момента поступления в стационар)

15.43. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при преждевременной отслойке плаценты

1. Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом и осмотр (консультация) врачом-**анестезиологом-реаниматологом** (не позднее 10 минут от момента поступления в стационар)

15.51. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при послеродовом кровотечении

7. Выполнен врачом **анестезиологом-реаниматологом** венозный доступ (2 вены катетерами 14 - 16G) и неинвазивный мониторинг (артериальное давление, частота сердечных сокращений, электрокардиография, SpO₂) с оценкой диуреза (в течение 10 мин)

19.66. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при анафилактическом шоке

7. Выполнена госпитализация в **отделение анестезиологии и реанимации** на срок не менее 24 ч

19.101. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при острых отравлениях опиоидными наркотическими веществами

1. Выполнен осмотр врачом-токсикологом и (или) осмотр (консультация) врачом - **анестезиологом-реаниматологом** не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар

19.13. Критерии оценки качества специализированной медицинской при черепно-мозговой травме

1. Выполнен общесоматический и неврологический осмотр с оценкой по шкале Глазго
2. Выполнена компьютерная томография головного мозга или рентгенография черепа (в двух проекциях)
3. Выполнены интубация трахеи и искусственная вентиляция легких (при состоянии по шкале Глазго 9 баллов и ниже)
4. Выполнено суточное прикроватное мониторирование параметров жизненно важных функций организма (при состоянии по шкале Глазго 8 баллов и ниже)
5. Выполнено хирургическое лечение (удаление гематомы) (при сдавлении и смещении вещества мозга, деформации и сдавлении ликворных пространств и угрозе или нарастании дислокационного синдрома с развитием рефрактерной внутричерепной гипертензии)
6. Выполнены реабилитационные мероприятия (в первые 72 часа пребывания в стационаре)

6.18. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при ишемическом инсульте и транзиторной ишемической атаке

1. Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный с оценкой неврологического статуса по шкале инсульта NIH и степени нарушения сознания по шкале комы Глазго и (или) FOUR не позднее 10 минут от момента поступления в стационар
2. Выполнена оценка состоятельности глотания при помощи теста оценки глотания ("трехглотковая проба" с использованием пульсоксиметра) в течение первых 3 часов пребывания пациента в стационаре
3. Выполнена компьютерная томография головного мозга или магнитно-резонансная томография головного мозга с получением результатов исследования (заключения) в течение 40 минут от момента поступления пациента в стационар
4. Выполнены лечебная физкультура при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга, и (или) лечебная физкультура с использованием аппаратов и тренажеров при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга, и (или) постуральная коррекция, и (или) эрготерапия, и (или) медико-логопедическое исследование при дисфагии, и (или) медико-логопедическая процедура при афазии, и (или) медико-логопедическая процедура при дизартрии не позднее 48 часов от момента поступления в стационар
5. Выполнено направление на консультацию к врачу-сердечно-сосудистому хирургу или врачу-нейрохирургу, или к врачу по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению при выявлении стеноза сонной артерии более 50% по критериям NASCET или более 75% по критериям ESCT

9.5. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при геморрагическом инсульте

1. Выполнена компьютерная томография головного мозга или магнитно-резонансная томография головного мозга не позднее 40 минут от момента поступления в стационар
2. Выполнена консультация врачом-нейрохирургом в срок не позднее 60 минут с момента получения результатов компьютерной томографии больному, у которого по заключению компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии установлены признаки геморрагического инсульта
3. Выполнена оценка состоятельности глотания при помощи теста оценки глотания ("трехглотковая проба" с использованием пульсоксиметра) в течение первых 3 часов пребывания пациента в стационаре
4. Выполнено хирургическое лечение по поводу удаления внутримозговой гематомы
5. Выполнено хирургическое лечение по поводу разорвавшейся аневризмы в остром периоде кровоизлияния
6. Выполнена компьютерная томография головного мозга в течение 24 часов после хирургического лечения
7. Выполнены лечебная физкультура при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга, и (или) лечебная физкультура с использованием аппаратов и тренажеров при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга, и (или) постуральная коррекция, и (или) эрготерапия, и (или) медико-логопедическое исследование при дисфагии, и (или) медико-логопедическая процедура при афазии, и (или) медико-логопедическая процедура при дизартрии не позднее 48 часов от момента поступления в стационар
8. Выполнена компьютерно-томографическая ангиография, или магнитно-резонансная ангиография, или церебральная ангиография для выявления источника кровоизлияния при подозрении на разрыв аневризмы или артериовенозной мальформации по данным компьютерной томографии головного мозга и (или) магнитно-резонансной томографии головного мозга, а также у пациентов моложе 45 лет и при отсутствии гипертонического анамнеза

9.15. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы

5. Выполнено введение лекарственных препаратов для тромболитической терапии не позднее 10 минут от момента установления диагноза в первые 12 часов от начала развития инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST при невозможности выполнения первичного чрескожного коронарного вмешательства в течение 120 минут от постановки диагноза до введения проводника в инфаркт-связанную артерию и после оценки показаний и противопоказаний к тромболитической терапии

6. **Выполнена коронарная ангиография** и, при необходимости, чрескожное коронарное вмешательство в пределах 2 - 24 часов **после успешной тромболитической терапии**, либо пациент направлен в иную медицинскую организацию для проведения медицинского вмешательства

7. Выполнено в максимально короткие сроки **чрескожное коронарное вмешательство при неуспешной тромболитической терапии** (через 60 - 90 минут после осуществления тромболитической терапии), при снижении сегмента ST не превышает 50% в отведениях, где элевация сегмента ST была максимальной), при появлении признаков гемодинамической (острая сердечная недостаточность) или электрической (жизнеугрожающие аритмии) нестабильности, при прогрессирующей ишемии миокарда или нестихающей боли в груди, либо пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для срочного проведения инвазивного исследования и лечения

8. Выполнено первичное чрескожное коронарное вмешательство, когда время от постановки диагноза до введения проводника в инфаркт-связанную артерию не превышает 120 минут в первые 12 часов от начала развития инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST, или в срок от 12 до 48 часов после начала заболевания, или в более поздние сроки в случаях, когда сохраняется и (или) возобновляется ишемия миокарда, отмечается гемодинамическая (острая сердечная недостаточность) или электрическая (жизнеугрожающие аритмии) нестабильность, либо пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для срочного проведения инвазивного исследования и лечения

20. Выполнено коронароангиография и (или) чрескожное коронарное вмешательство с использованием доступа через лучевую артерию (при отсутствии медицинских противопоказаний)

10.14. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при внебольничной пневмонии

5. Выполнено исследование прокальцитонина в крови у пациентов при тяжелой пневмонии
6. Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови у пациентов с дыхательной недостаточностью ($SpO_2 < 92\%$ по данным пульсоксиметрии)
10. Выполнена оценка прогноза по шкале CURB/CRB-65 или PORT
11. Выполнена оценка тяжести внебольничной пневмонии по шкале АТО/АОИБ или SMART-COP
13. Выполнена кислородотерапия у пациентов с $SpO_2 < 92\%$ и $PaO_2 < 60$ мм рт. ст. при дыхании воздухом (при отсутствии медицинских противопоказаний)
24. Выполнено обоснование выбора антибактериального лекарственного препарата системного действия с учетом стратификации риска возбудителей и профиля антибиотикорезистентности
25. Выполнена оценка эффективности и безопасности стартового режима АБТ через 48 - 72 часа
33. Выполнены и поддерживаются целевые значения SpO_2 и (или) PaO_2
34. Выполнена высокопоточная оксигенотерапия или неинвазивная вентиляция легких при гипоксемии и (или) видимой работе дыхания на фоне стандартной оксигенотерапии (при тяжелой внебольничной пневмонии)
35. Выполнен перевод на искусственную вентиляцию легких при наличии соответствующих показаний (при тяжелой внебольничной пневмонии)
36. Выполнена вентиляция в положении "лежа на животе" при гипоксемии и индексе PaO_2 или FiO_2 менее 150 мм рт. ст. (при тяжелой внебольничной пневмонии)
37. Выполнен контроль положительного давления на выдохе и дыхательного объема с поддержанием целевых показателей при искусственной вентиляции легких (при тяжелой внебольничной пневмонии)
38. Выполнено лечение гидрокортизоном (тяжелая внебольничная пневмония, осложненная септическим шоком < 1 суток, рефрактерном септическом шоке или необходимости использования норэпинефрина в дозе, превышающей 0,5 мкг/кг/мин)
39. Выполнено лечение парентеральными антикоагулянтами в профилактической дозе (при тяжелой внебольничной пневмонии)

10.41. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при вирусных пневмониях

2. Выполнены анализ крови биохимический общетерапевтический и базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), и исследование концентрации D-димера в крови, и исследование концентрации фибриногена в крови, и исследование прокальцитонина в крови, и исследование тропонина в крови, и исследование ферритина в крови
6. Выполнен осмотр (консультация) врачом - анестезиологом-реаниматологом (пациентам с частотой дыхания > 25 в 1 минуту, $SpO_2 < 92\%$)
10. Выполнена оксигенотерапия (при сатурации менее 92%)

Из 9147 пациентов 11 центров были случайным образом отобраны 675 пациентов: 100% переводов в отделения интенсивной терапии, 38,5% случаев смерти в течение 90 дней, 7% случаев со сложными клиническими проявлениями и 2,4% случаев без критериев высокого риска.

Вредные диагностические ошибки (нанесли вред любой степени тяжести в течение 90 дней после поступления) -7,2%;

Крайне вредные диагностические ошибки (случаи с крайне серьезными или смертельными исходами) - 1,1% ;

Вредные диагностические ошибки, признанные предотвратимыми – 6,1%.

Из 2428 историй болезни пациентов 29 больниц у **23%** - **диагностическая ошибка.**

Ошибки привели к временному и постоянному повреждению или смерти у 18,3%.

Из 1863 умерших пациентов диагностическая ошибка привела к смерти у 6,5% (121).

Среди дефектов: недооценка состояния пациента, не назначение необходимых тестов, неправильная интерпретация результатов исследований.

Burden of serious harms from diagnostic error in the USA По оценкам, ежегодно **795 000** американцев становятся инвалидами на всю жизнь или умирают в медицинских учреждениях из-за **неправильного диагноза опасных заболеваний.** На долю 5 основных

опасных заболеваний (инсульт, сепсис, пневмония, венозная тромбоэмболия и рак легких) приходится 38,7% от общего числа серьезных травм

Министр здравоохранения М. А. Мурашко

Лекция о безопасности пациентов в Российском университете медицины МЗ РФ
Всемирный день безопасности пациентов 18.10.24 г.



ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ В МИРЕ

Хирургические
и лекарственные ошибки

5%
посещений поликлиники

Диагностические
ошибки

12%
всех нежелательных
событий в стационаре

10%
смертей в стационаре

74 000
Смертей ежегодно

18 МИЛЛИОНОВ
ошибок каждый год

ПРАКТИЧЕСКИ КАЖДЫЙ ЧЕЛОВЕК В ТЕЧЕНИЕ ЖИЗНИ
СТАЛКИВАЕТСЯ С ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОШИБКОЙ



ПРИЧИНЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК

63% Оценка состояния пациента

- Неверное проведение дифференциальной диагностики
- Несвоевременное назначение диагностики
- Неадекватная оценка
- Невозможность устранить обнаруженные отклонения

63%

Оценка состояния пациента

23%

Вовлеченность пациента

20%

Коммуникация с коллегами

23% Вовлеченность пациента

- Пациент не соблюдает назначенное лечение
- Пациент не отвечает на звонки или не пришел на прием

17%

Недостаток медицинской документации

13%

Проблемы с рабочим процессом или нагрузкой

Для А-Р ВАЖНО:

20% Коммуникация с коллегами

- Отсутствие преемственности
- Нежелание ознакомиться с медицинской картой
- Отказы в передаче важной медицинской информации

17% Недостаток медицинской документации

- Касающихся клинических данных
- Пересмотра лечения
- Клинического обоснования

<https://blog.thesullivangroup.com/rsqsolutions/diagnostic-process-rediscovering-basic-steps>



ФАКТОРЫ, ВЛИЮЩИЕ НА ПОЯВЛЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК

- 1. Затруднение или задержка в оценке срочности** клинической ситуации
- 2. Неверно выполненная дифференциальная диагностика**
- 3. Неверный выбор** перечня тестов
- 4. Неправильная или запоздалая оценка** аномальных результатов тестов
- 5. Отказ или задержка в назначении** необходимых анализов
- 6. Диагностические тесты, ограниченные** по объему, доступности или качеству
- 7. Плохая командная работа,** отсутствие обучения и обратной связи
- 8. Задержка с информированием** пациента или последующей консультацией
- 9. Задержка консультаций,** утеря результатов анализов или отсутствие медицинских записей, подтверждающих оказание медицинской помощи
- 10. Рабочая среда, отвлекающая врача** и способствующая отсутствию систематизации информации
- 11. Культурные барьеры,** препятствующие обмену опытом и обучению пациентов



ПОМНИМ: ЕСТЬ УСТАНОВЛЕННЫЕ МЗ РФ ОСНОВАНИЯ ВРЕДА ПАЦИЕНТУ!

Международная статистическая классификация болезней 10 пересмотра введена в России приказом Минздрава РФ № 170 от 27.05.97 г. «О переходе органов и учреждений здравоохранения РФ на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра», который и является правовым основанием для применения экспертных выводов о наличии дефектов медицинской помощи в формулировках, предусмотренных МКБ-10 пересмотра.

К дефектам медицинской помощи в соответствии с МКБ-10 пересмотра относится «Случайное нанесение вреда больному при выполнении терапевтических и хирургических вмешательств (Y60-Y69)»

НЕПРАВИЛЬНОЕ ВЫПОЛНЕНИЕ УСЛУГИ, НЕДОСТИЖЕНИЕ ЗАПЛАНИРОВАННОГО РЕЗУЛЬТАТА

Y60 Случайный порез, укол, перфорация или кровотечение: при проведении инфузии и трансфузии; при катетеризации; при пункции

Y61 Случайное нанесение вреда больному: случайное оставление инородного тела в организме при проведении инфузии и трансфузии; при катетеризации; при пункции

Y62 Случайное нанесение вреда больному: недостаточная стерильность при проведении инфузии и трансфузии; при катетеризации; при пункции

Y63 Случайное нанесение вреда больному: ошибочность дозировки

Y63.1 Случайное нанесение вреда больному: неправильное разведение вводимой жидкости

Y63.6 Случайное нанесение вреда больному: **неприменение необходимого лекарственного средства, медикамента или биологического вещества (БЕЗДЕЙСТВИЕ).**

Y65.1 Случайное нанесение вреда больному: использование для вливания ошибочно взятой жидкости.

Y65.3 Случайное нанесение вреда больному:
неправильное положение эндотрахеальной трубки при даче наркоза.

Y65.5 Случайное нанесение вреда больному: выполнение операции, не соответствующей показаниям.

Y66 Случайное нанесение вреда больному: непредоставление хирургической и терапевтической помощи, преждевременное прекращение хирургической и терапевтической помощи (БЕЗДЕЙСТВИЕ)