КАТЕТЕРИЗАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕН С ПОЗИЦИЙ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ АКТОВ

С.А. Сумин[1], В.И. Горбачев[2]

[1] ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Курск, Россия
[2] Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования — филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования МЗ РФ, Иркутск, Россия

В статье рассматриваются основные нормативно-правовые документы, касающиеся выполнения одной из основных манипуляций врача анестезиолога-реаниматолога — катетеризации подключичной и других центральных вен. Авторами делается вывод о недостаточности существующей федеральной нормативной базы. Как вариант решения имеющейся проблемы предлагается разработка локальных актов.

● ***Ключевые слова:*** анестезиолог-реаниматолог, катетеризация центральных вен, осложнение, приказ

Для корреспонденции: Сумин Сергей Александрович — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии КГМУ МЗ РФ, Курск, Россия; e-mail: ser-sumin@ya.ru

Для цитирования: Сумин С.А., Горбачев В.И. Катетеризации центральных вен с позиций нормативно-правовых актов. Вестник интенсивной терапии. 2017;4:5–11. DOI: 10.21320/1818-474X-2017-4-5-11

Поступила: 09.11.2017

LEGAL ASPECTS OF THE CENTRAL VEINS CATHETERIZATION

S.A. Sumin[1], V.I. Gorbachev[2]

[1] Kursk State Medical University, Kursk, Russia
[2] Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education — Branch Campus of Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Irkutsk, Russia

In the article we consider the main legal documents concerning one of the main ICU manipulations — subclavial and other central veins catheterization. The authors conclude a failure of the existing federal regulations. Development of the local legal documents is offered as a probable solution of the problem.

● ***Keywords:*** anesthesiologist, intensive care specialist, central venous catheterization, complication, decree

For correspondence: Sergey A. Sumin — doctor of medical Sciences, Professor, head of Department of anesthesiology reanimatology and intensive care, Kursk State Medical University, Kursk, Russia; e-mail: ser-sumin@ya.ru

For citation: Sumin SA, Gorbachev VI. Legal Aspects of the Central Veins Catheterization. Intensive Care Herald. 2017;4:5–11. DOI: 10.21320/1818-474X-2017-4-5-11

Received: 09.11.2017

■■■

Даже предварительный анализ уголовных и административных дел в отношении врачей анестезиологов-реаниматологов показывает, что они зачастую касаются проблем со стандартными анестезиологическими вмешательствами, такими как катетеризация центральных вен, интубация трахеи, спинальная или эпидуральная анестезия и ряд других. В этой работе мы попробуем осветить основные законодательные и подзаконные акты, в какой-то мере касающиеся одной из наиболее часто исполняемых манипуляций — пункции и катетеризации центральных вен.

Так что же такое «катетеризация подключичной и других центральных вен» в нормативных документах?

Приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 апреля 2001 г. № 113 «О введении в действие отраслевого классификатора “Простые медицинские услуги”» отраслевым классификатором ОК ПМУ 91500.09.0001-2001, под кодовым номером 11.12.001, была предусмотрена медицинская услуга, называемая «Катетеризация

подключичной и других центральных вен» [1]. Следует отметить, что данный приказ продержался 11 лет и был отменен лишь приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 апреля 2012 г. № 413 «О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 апреля 2001 г. № 113 «О введении в действие отраслевого классификатора “Простые медицинские услуги”» [2]. В дальнейшем был принят приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 г. № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (с изм. и доп. от 28 октября 2013 г., 10 декабря 2014 г., 29 сентября 2016 г.) [3]. В данном приказе обозначены коды услуг, состоящие из буквенно-цифрового шифра от 8 до 11 (12*) знаков. Первый знак обозначает класс услуги, второй и третий знаки — раздел (тип медицинской услуги), четвертый и пятый (шестой*) знаки — подраздел (анатомо-функциональная область и/или перечень медицинских специальностей), с шестого по одиннадцатый знаки (с седьмого по двенадцатый*) — порядковый номер (группы, подгруппы). Перечень медицинских услуг разделен на два класса — «А» и «В», построенных по иерархическому принципу. (Примечание: * — для класса «В».)

Класс «А» включает медицинские услуги, представляющие собой определенные виды медицинских вмешательств, направленные на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющие самостоятельное законченное значение.

Класс «В» включает медицинские услуги, представляющие собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

В классе «А» обозначено следующее:

A11.12.001	Катетеризация подключичной и других центральных вен
A11.12.002	Катетеризация кубитальной и других периферических вен
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных препаратов
A11.12.003.001	Непрерывное внутривенное введение лекарственных препаратов
A11.12.007	Взятие крови из артерии
A11.12.008	Внутриартериальное введение лекарственных препаратов
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены
A11.12.010	Катетеризация аорты
A11.12.011	Катетеризация органных артерий
A11.12.012	Катетеризация артерий конечностей
A11.12.013	Взятие крови из центральной вены.

В классе «В» обозначены следующие медицинские услуги:

B01.003.001	Осмотр (консультация) врачом анестезиологом-реаниматологом первичный
B01.003.002	Осмотр (консультация) врачом анестезиологом-реаниматологом повторный
B01.003.003	Суточное наблюдение врачом анестезиологом-реаниматологом
B01.003.004	Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)
B01.003.004.001	Местная анестезия
B01.003.004.002	Проводниковая анестезия
B01.003.004.003	Ирригационная анестезия
B01.003.004.004	Аппликационная анестезия
B01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия
B01.003.004.006	Эпидуральная анестезия
B01.003.004.007	Спинальная анестезия
B01.003.004.008	Спинально-эпидуральная анестезия
B01.003.004.009	Тотальная внутривенная анестезия
B01.003.004.010	Комбинированный эндотрахеальный наркоз
B01.003.004.011	Сочетанная анестезия
B01.003.004.012	Комбинированный ингаляционный наркоз (в том числе с применением ксенона).

Таким образом, услуги, оказываемые врачом анестезиологом-реаниматологом, нашли соответствующее отражение в приказах МЗ РФ. Однако о серьезной конкретизации анестезиолого-реанимационных манипуляций говорить не приходится, и проблемы, связанные с выполнением данных манипуляций, никуда не делись.

В соответствии с квалификационными требованиями приказа Министерства здравоохранения СССР от 21 июля 1988 г. № 579 «Об утверждении квалификационных характеристик врачей-специалистов» (с изм. и доп. от 25 декабря 1997 г.), в сборнике квалификационных характеристик врачей-специалистов различных профилей манипуляция «пункция и катетеризация вен» без ее описания, правил и стандарта исполнения входит в квалификационную характеристику специалиста врача анестезиолога-реаниматолога [4].

В соответствии с требованиями специальности в разделе 17 (квалификационная характеристика специалиста врача анестезиолога-реаниматолога), в пункте 3 (специальные знания и умения), врач анестезиолог-реаниматолог должен: установить показания и производить катетеризацию периферических и центральных (подключичной и внутренней яремной) вен, осуществить контроль проводимых инфузий и состояний больного; распознать и правильно лечить осложнения катетеризации центральных (подключичной и внутренней яремной) вен, пневмо-, гидро-, гемоторакс. В пункте 4 (манипуляции) обозначено, что врач анестезиолог-реаниматолог должен выполнять: венепункции, венесекции, катетеризацию периферических и центральных вен у взрослых и детей, выполнять длительную инфузионно-трансфузионную терапию, использовать аппаратуру для дозированных инфузий; артериопункцию и артериосекцию.

В приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел “Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения”» в должностных обязанностях врача анестезиолога-реаниматолога обозначено следующее: осуществляет анестезиологическое обеспечение опе-

раций, диагностических и лечебных процедур, требующих обезболивания или проведения мониторинга системы дыхания и кровообращения в период их выполнения, применяя современные и разрешенные в Российской Федерации методы анестезии, определяет показания и производит катетеризацию периферических и центральных вен, осуществляет контроль проводимой инфузионной терапии [5].

Следует отметить, что решением Верховного Суда РФ от 22 января 2014 г. № АКПИ13-1208 оставлено без изменения определение Апелляционной коллегии Верховного Суда РФ от 20 марта 2014 г. № АПЛ14-57, а раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» настоящего справочника признан не противоречащим действующему законодательству.

Необходимо помнить, что на стадии утверждения находится профессиональный стандарт врача анестезиолога-реаниматолога [6].

В настоящее время отсутствуют федеральные нормативные документы, регламентирующие правила выполнения катетеризации подключичной и других центральных вен.

Для выхода из такой тупиковой ситуации нам представляется целесообразным наличие нормативного документа, регламентирующего основные правила выполнения катетеризации подключичной и других вен. Исходя из вышеизложенного, а также из наличия опыта различных региональных лечебных учреждений (ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница № 2» Министерства здравоохранения Хабаровского края и др.), создание такого документа будет важным шагом в предупреждении и правильной оценке выполнения этой манипуляции.

Такая медицинская манипуляция, как катетеризация подключичной и других центральных вен, характеризуется наличием технологического недостатка: врач анестезиолог-реаниматолог проводит данную манипуляцию практически вслепую, т. е. без визуального контроля продвижения пункционной иглы, поэтому он не может предвидеть возможность наступления повреждения артерии или плевры, причем не может это сделать и при *должной предусмотрительности и внимательности*.

В настоящее время нет строгих доказательных, четко определенных признаков перфорации купола плевральной полости и других осложнений в процессе самой пункции и катетеризации вены.

Осложнение пункции в виде пневмоторакса возникает в 1–3,5 % манипуляций, т. е. риск его возникновения достаточно серьезен, именно вследствие отсутствия визуального контроля за продвижением иглы.

Цитируем по А.А. Старченко (2012): «…по данным патологоанатома проф. И.В. Тимофеева, автора руководства «Патология лечения» (1999), специалиста в области изучения патологической анатомии причинения вреда здоровью пациента при оказании медицинской помощи, пневмоторакс, как правило, развивается спустя шесть часов после перфорации, так как отверстие от иглы точечное» [7].

Национальное руководство «Патологическая анатомия» (2011) (с. 1231) указывает на следующую статистику: «От общего числа ятрогенных осложнений врачебных манипуляций осложнения пункции и катетеризации вен (подключичных) составили в Москве в 1988–2007 гг. 16 %» [8]. По данным руководства «Анестезиология: как избежать ошибок» (Москва, 2011), со ссылкой на данные Американской ассоциации анестезиологов (ASA), которая ведет строгий учет осложнений, указывается, что летальность при осложнениях катетеризации подключичной вены связана с техническими проблемами — отсутствием визуализации продвижения иглы [9]. За период с 1978 по 1989 гг. зафиксировано шесть случаев гемоторакса — все шесть закончились летальным исходом, семь случаев пневмоторакса — один случай закончился летальным исходом; за период с 1990 по 2000 гг. зафиксировано пять случаев гемоторакса — три закончились летальным исходом, три случая пневмоторакса. Следовательно, несмотря на повсеместное применение, частое использование и наличие различных методик при катетеризации центральных вен, осложнения при проведении этой манипуляции встречаются довольно часто. Можно ли снизить частоту возникновения осложнений? Да, можно. При проведении катетеризации вены под контролем УЗИ частота осложнений становится менее 1 %, но и она не дает 100 % гарантии.

Как можно и нужно расценивать осложнения медицинской манипуляции по катетеризации подключичной и других центральных вен?

Статья 20 ФЗ № 323 регламентирует, что при получении информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство помимо всего прочего необходимо довести до гражданина, в доступной для него форме, информацию о риске медицинского вмешательства [10]. Таким образом, согласно норме данной статьи, законом признается, что «методы оказания медицинской помощи» всегда связаны «с риском» и возможны «его последствия».

> **Примечание:** риск — характеристика ситуации, имеющей неопределенность исхода, при обязательном наличии неблагоприятных последствий («Википедия», свободная энциклопедия).

В соответствии с приказом Минздрава РФ от 27 мая 1997 г. № 170 «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» (с изм. и доп.) в нашей стране стала использоваться данная классификация МКБ-10, последующие разъяснения были опубликованы в информационно-методическом письме «Использование Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пе-

ресмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины» (2002) [11, 12].

Данная классификация нас интересует с позиций формулировки в диагнозе осложнений катетеризации центральных вен. Приводим возможные варианты.

Класс XX. V01–Y98 Внешние причины заболеваемости и смертности

Y60–Y69 Случайное нанесение вреда больному при выполнении терапевтических и хирургических вмешательств

Y60 Случайный порез, укол, перфорация или кровотечение при выполнении хирургической и терапевтической процедуры
- Y60.0 При проведении хирургической операции
- Y60.1 При проведении инфузии и трансфузии
- Y60.2 При почечном диализе или другой перфузии
- Y60.3 При проведении инъекции или иммунизации
- Y60.4 При эндоскопическом исследовании
- Y60.5 При катетеризации сердца
- Y60.6 При аспирации жидкости или ткани, пункции и другой катетеризации
- Y60.8 При проведении другой терапевтической или хирургической процедуры
- Y60.9 При проведении неуточненной терапевтической или хирургической процедуры

Y65 Другие несчастные случаи во время оказания хирургической и терапевтической помощи
- Y65.0 Несовместимость перелитой крови
- Y65.1 Использование для вливания ошибочно взятой жидкости
- Y65.2 Дефект в наложении шва или лигатуры во время хирургической операции
- Y65.3 Неправильное положение эндотрахеальной трубки при даче наркоза
- Y65.4 Дефект введения или удаления другой трубки или инструмента
- Y65.5 Выполнение операции, не соответствующей показаниям
- Y65.8 Другие уточненные несчастные случаи во время оказания терапевтической и хирургической помощи

Y69 Несчастный случай во время оказания хирургической и терапевтической помощи неуточненный

Класс XIX. S00–T98 Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин

T80–T88 Осложнения хирургических и терапевтических вмешательств, не классифицированные в других рубриках

T80 Осложнения, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией
- T80.0 Воздушная эмболия, связанная с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией
- T80.1 Сосудистые осложнения, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией
- T80.2 Инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией
- T80.8 Другие осложнения, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией
- T80.9 Осложнение, связанное с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией, неуточненное (*исключен в 2017 г.*)

T81 Осложнения процедур, не классифицированные в других рубриках
- T81.0 Кровотечение и гематома, осложняющие процедуру, не классифицированные в других рубриках
- T81.1 Шок во время или после процедуры, не классифицированный в других рубриках
- T81.2 Случайный прокол или разрыв при выполнении процедуры, не классифицированный в других рубриках (*исключен в 2017 г.*)
- T81.3 Расхождение краев операционной раны, не классифицированное в других рубриках
- T81.7 Сосудистые осложнения, связанные с процедурой, не классифицированные в других рубриках
- T81.8 Другие осложнения процедур, не классифицированные в других рубриках
- T81.9 Осложнение процедуры неуточненное

T88 Другие осложнения хирургических и терапевтических вмешательств, не классифицированные в других рубриках
- T88.5 Другие осложнения анестезии
- T88.6 Анафилактический шок, обусловленный патологической реакцией на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство
- T88.7 Патологическая реакция на лекарственное средство или медикаменты неуточненная
- T88.8 Другие уточненные осложнения хирургических и терапевтических вмешательств, не классифицированные в других рубриках
- T88.9 Осложнение хирургического и терапевтического вмешательства неуточненное.

Как показывает наш и обобщенный многолетний опыт, использование данных шифров в диагнозе трактуется судебно-медицинскими экспертами, да и другими экспертами, как **ятрогения**, т. е. понимается как любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или смерти. Да, развившиеся в результате как ошибочных, так и правильных действий врача. Но само возникновение дискуссии на эту тему между органами следствия и медицинскими экспертами нежелательно. Слово-то серьезное, по смысловому значению рядом с такими выражениями, как «врачебная ошибка» и «причинение вреда по неосторожности», и как следствие — уголовная ответственность.

Как свести к минимуму возможные проблемы юридического характера

В отсутствие федеральных нормативных документов, регламентирующих порядок проведения медицинской услуги «катетеризация подключичной и других центральных вен», целесообразным является разработка и утверждение на уровне субъектов Федерации (комитеты, министерства здравоохранения областей, краев и др.) локальных рекомендаций по постановке и уходу за центральным венозным катетером или иных руководящих документов. Более простым вариантом является создание такого документа в рамках отдельного лечебного учреждения, но в таком случае он и будет действовать только в стенах данной больницы.

При разработке такого документа следует обратить внимание на следующие узловые моменты.

1. В документе должно быть детальное описание показаний, противопоказаний и других нюансов по данному вопросу. Довольно часто возникают спорные ситуации об ответственности за состояние катетера в подключичной вене при переводе пациента из отделения реанимации в профильное отделение. В локальном приказе следует детализировать данный вопрос и подчеркнуть, что за состояние катетера отвечает лечащий врач, а анестезиолог-реаниматолог в данной ситуации является консультантом.
2. Должен быть свой протокол катетеризации магистрального венозного сосуда. В нем следует обратить особое внимание на методы верификации интравенозного положения катетера (свободный ток крови, рентген, УЗИ).
3. От пациента должно быть получено информированное добровольное согласие на установку катетера, в котором следует сделать акцент на состояние сознания (количественные, качественные нарушения). Если же имеет место другая ситуация (уровень сознания, тяжесть состояния, экстренность), то руководствоваться необходимо 20-й статьей № 323-ФЗ.

Примечание: в ближайшее время на сайте Федерации анестезиологов-реаниматологов РФ (ФАР) будет представлен образец приказа руководителя лечебного учреждения «О проведении катетеризации центральных и периферических вен», протокола катетеризации магистрального венозного сосуда и информированного добровольного согласия на проведение пункции и катетеризации центральных и периферических вен.

4. Возможно, будет целесообразно внесение в должностные инструкции врача анестезиолога-реаниматолога лечебного учреждения ссылки на исполнение локального протокола катетеризации магистрального венозного сосуда.

Что нужно знать, если пункция и катетеризация центральных и периферических вен завершилась летальным исходом?

Если в таком случае, не разобравшись детально, в чем дело, администрация поторопится и применит к врачу дисциплинарное взыскание в виде административного наказания — выговора или даже замечания, то в последующем, в судебных инстанциях, это будет расцениваться как факт признания администрацией вины врача.

При наличии обращения в прокуратуру по поводу летального исхода, в соответствие со ст. 144 «Порядок рассмотрения сообщения о преступлении» Уголовно-процессуального кодекса (УПК) РФ, обычно проводится доследственная проверка [13]. Прокуратура делает предписание комитету здравоохранения (министерству) области провести такую проверку. Назначается комиссия, и по результатам ее работы составляется акт проверки в рамках ведомственного контроля. Срок проверки не должен превышать 30 суток. Членам такой комиссии нужно четко знать и понимать, что данный документ в последующем может стать краеугольным, и то, что там будет написано, в последующем может быть использовано как за, так и против врача.

В акте проверки выводы должны носить однозначный характер. В качестве примера приводим возможные варианты такого заключения.

1. *На момент госпитализации в отделение ОБУЗ… больная Ф. И. О. нуждалась в проведении многокомпонентной инфузионной терапии.*
2. *Ввиду многократных попыток пункции и катетеризации периферической вены, которые не увенчались успехом, по экстренным показаниям (ст. 32 «Медицинская помощь» ФЗ № 323), в условиях крайней необходимости (ст. 39 Уголовного кодекса (УК) РФ), было принято решение о пункции и катетеризации центральной вены [14].*
3. *Пункция и катетеризация центральной вены проведена обоснованно, в соответствии с приказом № XXX от XX.XX.XXXX года главного врача МУЗ «О проведении катетеризации центральных и периферических вен лечебного учреждения (пункт 4 «Показания к катетеризации центральных вен»)».*
4. *Предварительно было получено информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры (ст. 20 ФЗ № 323). О возможном риске медицинского вмешательства больная Ф. И. О. была предупреждена (ст. 20 ФЗ № 323).*
5. *Манипуляция «катетеризация подключичной вены» характеризуется наличием технологического недостатка: врач анестезиолог-реаниматолог проводит данную манипуляцию вслепую, т. е. без визуального контроля продвижения пункционной иглы, поэтому он не может предвидеть возможность наступления повреждения артерии или плевры, причем не может это сделать и при должной предусмотрительности и внимательности (ст. 26 УК РФ).*

6. *В соответствии с приказом Минздрава РФ от 27 мая 1997 г. № 170, данное осложнение следует трактовать как случайное нанесение вреда больному при выполнении хирургических вмешательств в виде перфорации правой (левой) подключичной вены и купола плевры справа (слева) при катетеризации (код Y60 МКБ-10).*
7. *Фактов ненадлежащего исполнения служебных обязанностей врачом анестезиологом-реаниматологом Ф. И. О. установлено не было. Возникшее осложнение входит в понятие риска медицинского вмешательства, предусмотренного ст. 20 Федерального закона РФ № 323-ФЗ.*

По результатам доследственной проверки (главная его составляющая — акт проверки в рамках ведомственного контроля, но не только) возможно два варианта развития события: в соответствии со статьей 24 УПК РФ в возбуждении уголовного дела может быть отказано на основании отсутствия состава преступления; в соответствии со статьей 109 ч. 2 УК РФ может быть возбуждено уголовное дело. Статья 109 ч. 2 УК РФ гласит: «*Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей — наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на тот же срок (до трех лет) с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового*».

Под ненадлежащим исполнением лицом своих профессиональных обязанностей понимается совершение деяний, не отвечающих полностью или частично официальным требованиям, предписаниям, правилам, в результате чего здоровью потерпевшего причиняется тяжкий вред или наступает его смерть.

Что нужно как минимум знать врачу, если возбуждено уголовное дело по статье 109 ч. 2 УК РФ?

Для суда нужны доказательства вины подозреваемого/обвиняемого. В соответствии со статьей 74 «Доказательства» УПК РФ, в качестве доказательств допускаются: *показания подозреваемого, обвиняемого; показания потерпевшего, свидетеля; заключение и показания эксперта; заключение и показания специалиста; вещественные доказательства; протоколы следственных и судебных действий; иные документы*.

В рамках возбужденного уголовного дела назначается проведение судебно-медицинской экспертизы (СМЭ). Следователь составляет ряд вопросов, на которые должны дать ответ эксперты, проводящие СМЭ. Краеугольными вопросами следователя обязательно будут вопросы типа: «*Соответствовали осуществленные на этапах оказания медицинской помощи диагностика и лечение стандартам оказания медицинской помощи, иным нормативным документам, методическим указаниям и рекомендациям, научным рекомендациям и иным требованиям, являются ли примененные методики научно обоснованными?*»

Действующей правовой базой о проведении судебно-медицинской экспертизы является ФЗ от 31 мая 2001 г. № 73- ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (ред. от 08 марта 2015 г.) [15].

Статья 8. *Эксперт проводит исследования объективно, на строго научной и практической основе, в пределах соответствующей специальности, всесторонне и в полном объеме. Заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных*.

Статья 25. *Заключение эксперта или комиссии экспертов и его содержание: «В заключении эксперта или комиссии экспертов должны быть отражены: оценка результатов исследований, обоснование и формулировка выводов по поставленным вопросам*».

Зачастую эти заключения не соответствуют этим требованиям, по данным А.М. Лобанова и соавт. (2010), при проведении анализа 25 тысяч заключений судебно-медицинских экспертов Москвы, ряда областей РФ и регионов бывшего СССР. При этом установлено, что в 96 % заключений содержались пункты выводов (от одного до всех), которые не были обоснованы. Такие «выводы» исключают возможность их проверки, из имеющихся формулировок невозможно понять, почему эксперт считает так, а не иначе. Интересно отметить, что 32 % бездоказательных выводов содержали спорные положения, а 11 % были ошибочными [16].

Пример типичного ответа экспертов на конкретный вопрос

Вопрос: «*Правильной ли были тактика и объем медицинской помощи на каждом из этапов развития аллергической реакции? Какими правовыми актами определяется порядок ее оказания при ранее имеющихся, а также возникшей в период оказания медицинской помощи при данной патологии?*»

Ответ: «1. *Тактика и объем медицинской помощи, за исключением позднего проведения трахеостомии, необходимой для устранения препятствий воздушной проходимости, были правильными. 2. Изучение правовых актов не входит в компетенцию комиссии экспертов*».

Как быть в таком случае? В УПК РФ от 18 декабря 2001 г. № 174-ФЗ имеется статья 75 «Недопустимые доказательства»:

1. *Доказательства, полученные с нарушением требований настоящего Кодекса, являются недопустимыми. Недопустимые доказательства не имеют юридической силы и не могут быть положены в основу обвинения, а также использоваться для доказывания любого из обстоятельств, предусмотренных статьей 73 настоящего Кодекса*.
2. *К недопустимым доказательствам относятся: 1) показания подозреваемого, обвиняемого, данные*

в ходе досудебного производства по уголовному делу в отсутствие защитника, включая случаи отказа от защитника, и не подтвержденные подозреваемым, обвиняемым в суде; 2) показания потерпевшего, свидетеля, основанные на догадке, предположении, слухе, а также показания свидетеля, который не может указать источник своей осведомленности; 2.1) предметы, документы или сведения, входящие в производство адвоката по делам его доверителей, полученные в ходе оперативно-разыскных мероприятий или следственных действий, за исключением предметов и документов, указанных в части 1-й 81-й статьи настоящего Кодекса (п. 2.1 введен Федеральным законом от 17 апреля 2017 г. № 73-ФЗ); 3) иные доказательства, полученные с нарушением требований настоящего Кодекса.

В суде следует добиваться признания представленной СМЭ в качестве недопустимого доказательства, делая упор на то, что она выполнена с нарушением Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ, и требовать назначения новой экспертизы.

Заключение

Первоочередным шагом для первичной защиты врачей нашей специальности при развитии возможных осложнений при выполнении катетеризации центральных вен в отсутствие нормативно-правовой базы федерального уровня должно быть создание локальных нормативных актов регионального либо учрежденческого уровня с обязательным утверждением соответствующим администрирующим лицом. Кроме этого, необходимо, чтобы врачи знали основные правовые документы РФ, в части, имеющей отношение к данной проблеме. Также не стоит забывать и о возможности фиксирования ряда действий в должностных инструкциях врача анестезиолога-реаниматолога и медицинской сестры-анестезиста.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

Благодарности. Мы выражаем признательность за участие в обсуждении данной статьи членам правового комитета ФАР, профессорам: А.Ж. Баялиевой, В.А. Корячкину, В.В. Кузькову, Ю.П. Малышеву, Е.С. Нетесину, А.С. Попову, Н.П. Шень, В.В. Унжакову.

Вклад авторов. Сумин С.А. — концепция и дизайн исследования, написание текста статьи; Горбачев В.И. — написание текста статьи, редактирование.

ORCID авторов
Сумин С.А. — 0000-0002-7053-2278
Горбачев В.А. — 0000-0001-6278-9332

Литература/References

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 апреля 2001 г. № 113 «О введении в действие отраслевого классификатора “Простые медицинские услуги”» (отменен). [Decree of the Ministry of Health of the Russian Federation of 10.04.2001 № 113 “On putting into effect the sectoral classifier “Simple medical services” (canceled). (In Russ)]
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 апреля 2012 г. № 413 «О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 апреля 2001 г. № 113 «О введении в действие Отраслевого классификатора “Простые медицинские услуги”». [Decree of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation of April 26, 2012 № 413 “On the Recognition of the Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of April 10, 2001 № 113 “On the Implementation of the Industry Classifier “Simple Medical Services”. (In Russ)]
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 г. № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (с изм. и доп. от 28 октября 2013 г., 10 декабря 2014 г., 29 сентября 2016 г.). [Decree of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation of December 27, 2011 № 1664н “About the statement of the nomenclature of medical services” (with changes and additions from October 28, 2013, December 10, 2014, September 29, 2016). (In Russ)]
4. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 21 июля 1988 г. № 579 «Об утверждении квалификационных характеристик врачей-специалистов» (с изм. и доп. от 25 декабря 1997 г.). [Decree of the Ministry of Health of the USSR of July 21, 1988, № 579 “On the Approval of Qualification Characteristics of Specialist Physicians” (as amended and supplemented on December 25, 1997). (In Russ)]
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 года № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел “Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения”» (зарегистрирован в Минюсте РФ 25 августа 2010 г. № 18247). [Decree of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation of 23 July, 2010 № 541n “On the approval of the Single qualification reference book for positions of managers, specialists and employees, the section “Qualification characteristics of the positions of employees in the health sector” (Registered in the Ministry of Justice of the Russian Federation on August 25, 2010 № 18247). (In Russ)]
6. *Горбачев В.И.*, *Молчанов И.В.* Анестезиолог-реаниматолог: лечащий врач или нет? Медицинское право. 2017; 3: 11–16. [*Gorbachev V.I.*, *Molchanov I.V.* Anesthesiologist-resuscitator: the attending physician or not? Medical law. 2017; 3: 11–16. (In Russ)]
7. *Старченко А.А.* Криминальность медицинской услуги «катетеризация подключичной и других центральных вен»: «Приговор» Московского областного суда. Новости анестезиологии и реаниматологии. 2012; 2: 49–62. [*Starchenko A.A.* The criminality of the medical service “catheterization of subclavian and other central veins”: “The verdict” of the Moscow Regional Court. News of anesthesiology and resuscitation. 2012; 2: 49–62. (In Russ)]
8. Патологическая анатомия: национальное руководство: под ред. М.А. Пальцева, Л.В. Кактурского, О.В. Зайратьянца. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. [Patologicheskaya anatomiya: natsionalnoye rukovodstvo: eds.: M.A. Paltsev, L.V. Kaktursky, O.V. Zayratiants (Pathological anatomy: national leadership). Moscow: GEOTAR-Media Publ., 2011. (In Russ)]
9. Анестезиология: как избежать ошибок: под ред. К. Маркуччи, Н.А. Коэна, Д.Г. Метро, Дж.Р. Кирша: перевод с англ. под ред. В.М. Мизикова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. [Anesthesiology: how to avoid mistakes: eds. K. Marcucci, N.A. Cohen, D.G. Metro, J.R. Kirsh. Translation from English. Ed. V.M. Mizikova. Moscow: GEOTAR-Media Publ., 2011. (In Russ)]
10. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 03 июля 2016 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп.) (ред. от 29 июля 2017 г.). [Federal Law № 323-FZ of 21.11.2011 (as amended

on 03.07.2016) “On the fundamentals of protecting the health of citizens in the Russian Federation” (as amended and supplemented) (as amended on July 29, 2012). (In Russ)]

11. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27 мая 1997 г. № 170 «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» (с изм. и доп.). [Decree of the Ministry of Health of the Russian Federation of 27 May 1997 № 170 “On the transition of bodies and institutions of public health services of the Russian Federation to the International Statistical Classification of Diseases and Health Problems X revision” (with amendments and additions). (In Russ)]
12. Информационно-методическое письмо «Использование Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины» (2002). [Information and methodological letter “Use of the international statistical classification of diseases and health problems, the tenth revision (ICD-10) in the practice of domestic medicine” (2002). (In Russ)]
13. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18 декабря 2001 г. № 174-ФЗ (ред. от 29 июля 2017 г.) (с изм. и доп., вступ. в силу с 1 сентября 2017 г.). [Code of Criminal Procedure of the Russian Federation of 18.12.2001 № 174-FZ (as amended on July 29, 2017) (as amended and supplemented, effective from 01.09.2017). (In Russ)]
14. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ (ред. от 29 июля 2017 г.) (с изм. и доп., вступ. в силу с 26 августа 2017 г.). [Criminal Code of the Russian Federation of June 13, 1996 № 63-FZ (as amended on July 29, 2017) (as amended and supplemented, effective from 26.08.2017). (In Russ)]
15. Федеральный закон от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (с изм. и доп.) (ред. от 08 марта 2015 г.). [Federal Law of May 31, 2001 № 73-FZ “On state forensic expert activity in the Russian Federation” (with amendments and additions) (as amended on 08.03.2015). (In Russ)]
16. *Лобанов А.М.*, *Теньков А.А.*, *Тучик Е.С.* Судебно-медицинская экспертиза последствий агрессивных действий человека. Орел: Издатель А. Воробьев, 2010. [*Lobanov A.M.*, *Tenkov A.A.*, *Tuchik E.S.* Forensic medical examination of the consequences of aggressive human actions. Orel: Publisher A. Vorobiev, 2010. (In Russ)]