







ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ

ORGANIZATIONAL, METHODOLOGICAL AND LEGAL ISSUES

<https://doi.org/10.21320/1818-474X-2024-3-114-124>

Ошибки при проведении судебно-медицинской экспертной оценки по профилю «анестезиология-реаниматология» в уголовных делах: описание серии случаев

Errors when conducting a forensic medical expert assessment in the field of anesthesiology and resuscitation in criminal cases: a case series

Е.С. Нетесин ¹, К.Г. Шаповалов ², В.И. Горбачев ^{1,*}, С.А. Сумин ³, С.В. Горбачев ¹, Р.А. Ярославкин ⁴

E.S. Netesin ¹, K.G. Shapovalov ², V.I. Gorbachev ^{1,*}, S.A. Sumin ³, S.V. Gorbachev ¹, R.A. Yaroslavkin ⁴

¹ ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Иркутск, Россия

¹ Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Irkutsk, Russia

² ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Чита, Россия

² Chita State Medical Academy, Chita, Russia

³ ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск, Россия

³ Kursk State Medical University, Kursk, Russia

⁴ Кировская коллегия адвокатов города Курска Адвокатской палаты Курской области, Курск, Россия

⁴ Kirov Bar Association of the city of Kursk of the Bar Association of the Kursk Region, Kursk, Russia

Реферат

Abstract

АКТУАЛЬНОСТЬ: Судебно-медицинская экспертиза по «медицинским уголовным делам» является тем «краеугольным камнем», от выводов которой во многом зависят результаты судебного разбирательства и дальнейшая судьба наших коллег. В связи с этим медицинское сообщество определенно желает, чтобы заключение экспертов (в том числе и врачей — анестезиологов-реаниматологов) было полностью объективным, научно обоснованным, не предвзятым и базирующимся не на субъективном мнении эксперта, а на конкретных нормативно-правовых документах. **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** Указать на значимые ошибки, повысить качество судебно-медицинской экспертной оценки оказания медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» и предложить способ решения выявленной проблемы. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** Проведен анализ ряда судебно-медицинских экспертиз по уголовным делам с участием в составе экспертов врача — анестезиолога-реаниматолога. **РЕЗУЛЬТАТЫ:** В результате анализа рассматриваемых заключений судебно-медицинских экспертиз были выявлены значимые недостатки, которые могли оказать существенное влияние на результаты рассмотрения уголовных дел и способствовать вынесению необоснованных обвинительных приговоров. **ВЫВОДЫ:** Необходимо соз-

INTRODUCTION: The forensic medical examination of “medical criminal cases” is the “cornerstone” on the conclusions of which the results of the trial and the further fate of our colleagues largely depend. Therefore, the medical community wants the conclusion of experts (including anesthesiologists and ICU physicians) to be completely objective, scientifically based, not biased and based not on the subjective opinion of an expert, but on specific regulatory documents. **OBJECTIVE:** To identify typical errors and improve the quality of expert assessment of medical care in the field of “anesthesiology-intensive care”. **MATERIALS AND METHODS:** The analysis of some forensic medical examinations in criminal cases with the participation of an anesthesiologist and ICU physicians part of the experts was carried out. **RESULTS:** As a result of the analysis of the conclusions of the forensic medical examinations under consideration, significant shortcomings were identified that could have a significant impact on the results of the consideration of criminal cases and contribute to the imposition of unjustified convictions. **CONCLUSIONS:** It is necessary to create a legal mechanism for certification of doctors of specialties to allow them as experts to conduct complex forensic medical examinations and state control over the quality of their work.

дание правового механизма аттестации врачей профильных специальностей для допуска их в качестве экспертов к проведению комплексных судебно-медицинских экспертиз и государственного контроля качества их работы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: судебно-медицинская экспертиза, преступления, контроль качества, анестезиология, реанимация, отделения интенсивной терапии

* *Для корреспонденции:* Горбачев Владимир Ильич — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ИГМАПО — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Иркутск, Россия; e-mail: gorbachevvi@yandex.ru

☑ *Для цитирования:* Нетесин Е.С., Шаповалов К.Г., Горбачев В.И., Сумин С.А., Горбачев С.В., Ярославкин Р.А. Ошибки при проведении судебно-медицинской экспертной оценки по профилю «анестезиология-реаниматология» в уголовных делах: описание серии случаев. Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова. 2024;3:114–124. <https://doi.org/10.21320/1818-474X-2024-3-114-124>

📅 *Поступила:* 04.03.2024

📅 *Принята к печати:* 06.06.2024

📅 *Дата онлайн-публикации:* 31.07.2024

KEYWORDS: forensic medical expert assessment, criminals, quality control, anesthesiology, critical care, intensive care units

* *For correspondence:* Vladimir I. Gorbachev — Dr. Med. Sci., professor, head of Department of anesthesiology and intensive care IGMPO — branch of Russian medical academy of continuous professional education, Irkutsk, Russia; e-mail: gorbachevvi@yandex.ru

☑ *For citation:* Netesin E.S., Shapovalov K.G., Gorbachev V.I., Sumin S.A., Gorbachev S.V., Yaroslavkin R.A. Errors when conducting a forensic medical expert assessment in the field of anesthesiology and resuscitation in criminal cases: a case series. *Annals of Critical Care*. 2024;3:114–124. <https://doi.org/10.21320/1818-474X-2024-3-114-124>

📅 *Received:* 04.03.2024

📅 *Accepted:* 06.06.2024

📅 *Published online:* 31.07.2024

DOI: 10.21320/1818-474X-2024-3-114-124

Введение

Судебно-медицинская экспертная оценка оказанной медицинской помощи относится к наиболее сложному аспекту профессиональной деятельности врача, требует соответствующей подготовки и опыта работы. Однако в реальной практике в качестве экспертов нередко привлекаются врачи, выводы которых зачастую противоречат их квалификации, подтвержденной перечисленными в экспертном заключении документами. Кроме того, отсутствует единая методика судебно-медицинской экспертной оценки неблагоприятных исходов заболеваний и неблагоприятных результатов оказания медицинской помощи по ее профилям. Безусловной проблемой является фактическое отсутствие ответственности эксперта, привлекаемого для оценки профессиональных действий врача.

Проведение отдельных видов медицинских экспертиз в соответствии с Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27.08.2018 № 554н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач — анестезиолог-реаниматолог»» является одной из трудовых функций, возложенных на врача — анестезиолога-реаниматолога (3.2.5. Трудовая функция) [1].

Само понятие и виды медицинских экспертиз изложены в статьях 58–64 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ФЗ № 323) и включает:

- 1) экспертизу временной нетрудоспособности;
- 2) медико-социальную экспертизу;
- 3) военно-врачебную экспертизу;
- 4) судебно-медицинскую и судебно-психиатрическую экспертизы;
- 5) экспертизу профессиональной пригодности и экспертизу связи заболевания с профессией;
- 6) экспертизу качества медицинской помощи [2].

С учетом особенностей специальности для врача — анестезиолога-реаниматолога актуальными являются всего два вида экспертной деятельности — судебно-медицинская экспертиза (СМЭ) и экспертиза качества медицинской помощи.

Согласно ст. 64 ФЗ № 323, экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Данный вид экспертизы в основном проводится страховыми организациями в соответствии с требованиями Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (МЗ РФ) от 19.03.2021 № 231н [3].

Согласно п. 27 этого Порядка, «экспертиза качества медицинской помощи проводится на основании Критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [4].

В отличие от экспертизы качества медицинской помощи, судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы проводятся в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу, в медицинских организациях экспертами в соответствии с законодательством РФ о государственной судебно-экспертной деятельности (ст. 62 ФЗ № 323).

Проведение СМЭ регламентируется Федеральным законом от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» и Приказом МЗ РФ от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации», который с 01.09.2024 будет заменен Приказом МЗ РФ от 25.09.2023 № 491н «Об утверждении порядка проведения судебно-медицинской экспертизы», при этом в п. 29 действующего в настоящее время Порядка указано, что заключение эксперта в обязательном порядке содержит выводы по поставленным вопросам и их обоснование. Выводы должны содержать оптимально краткие, четкие, недвусмысленно трактуемые и обоснованные ответы на все поставленные перед экспертом вопросы и установленные в порядке его личной инициативы значимые для дела результаты экспертизы [5, 6].

Согласно Уголовно-процессуальному кодексу Российской Федерации (УПК РФ) СМЭ может носить комиссионный или комплексный характер [7].

Комиссионная судебная экспертиза производится не менее чем двумя экспертами одной специальности. Комиссионный характер экспертизы определяется следователем либо руководителем экспертного учреждения, которому поручено производство судебной экспертизы (ст. 200 УПК РФ).

В производстве комплексной судебной экспертизы участвуют эксперты разных специальностей (ст. 201 УПК РФ).

При назначении СМЭ следователи достаточно часто ставят вопрос о допущенных недостатках оказания ме-

дицинской помощи и их связи с наступившим неблагоприятным исходом, что приводит иногда к непониманию экспертами различия между целями экспертизы качества медицинской помощи и СМЭ. Несмотря на существенные различия в целях и задачах данных экспертиз врачи — анестезиологи-реаниматологи, участвующие в качестве экспертов при проведении СМЭ, зачастую используют формальные принципы и подходы, применяемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи [4, 8–10].

При анализе экспертных заключений по так называемым медицинским делам приходится регулярно констатировать субъективизм выводов, незнание нормативной базы, произвольную трактовку отдельных источников медицинской информации. Все это приводит к появлению некомпетентных экспертных заключений, которые приводят к ошибочным выводам следствия и решениям суда. Такая ситуация, к сожалению, является распространенной практикой, ведущей к несомненной деградации медицины как рода профессиональной деятельности, уходу квалифицированных специалистов из профессии, дефициту кадров. Профессиональное медицинское сообщество регулярно заявляет о данной проблеме, однако действенных инструментов ее разрешения не имеет [9–11].

Предлагаем вниманию ряд выводов эксперта при оценке оказания медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология», которые содержат явные признаки некомпетентности и субъективизма.

Цель исследования

Указать на типичные ошибки, повысить качество судебно-медицинской экспертной оценки оказания медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» и предложить способ решения выявленной проблемы.

Материалы и методы

Членами правового комитета Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов» (ФАР) и совета экспертов профессиональной некоммерческой организации «Ассоциация анестезиологов-реаниматологов» (ААР) проведен анализ выводов эксперта, участвующего в проведении СМЭ, врача — анестезиолога-реаниматолога, доктора медицинских наук, имеющего высшую врачебную категорию по специальности «анестезиология-реаниматология», эксперта качества медицинской помощи Единого реестра ФФОМС, со стажем работы более 35 лет, содержащихся в заключениях, в которых оценивалось оказание медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология».

Анализ выполнен врачами — анестезиологами-реаниматологами, имеющими ученую степень и ученое звание, специальную подготовку по вопросам экспертизы качества оказания медицинской помощи, опыт проведения экспертиз при оценке оказания медицинской помощи и являющимися экспертами Росздравнадзора по специальности «анестезиология-реаниматология». Авторы работы принимали участие в нижеперечисленных уголовных делах в качестве специалистов, привлеченных по ходатайству адвокатов обвиняемой стороны.

В заключениях экспертов выделены отдельные фрагменты умозаключений, вызывающих наиболее существенное сомнение в их объективности и правомочности. Экспертные заключения предоставлялись обвиняемыми/подсудимыми врачами — анестезиологами-реаниматологами или их адвокатами. Выписки из экспертных заключений представляются цитированием без изменения текста. Проанализировано 14 заключений экспертов СМЭ, в которых найдены существенные дефекты.

Примечание. Уголовные дела, в которых фигурируют использованные заключения экспертов, были рассмотрены в открытых судебных заседаниях, что в силу ч. 1 ст. 241 УПК РФ позволяет ссылаться на любые исследованные в ходе судебного разбирательства документы.

Результаты исследования

Из заключения эксперта № 160/21 (окончено 20.01.2022) по материалам уголовного дела № 12102760024000007 по факту смерти пациента С. На основании данной экспертизы двум врачам — анестезиологам-реаниматологам предъявлено обвинение по ст. 109 ч. 2 УК РФ. Дело было передано в суд. В связи с истечением срока давности уголовное дело прекращено. Экспертом на стр. 31 написано: «Несвоевременный перевод на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). Согласно Клиническим рекомендациям МЗ РФ «Протокол реанимации и интенсивной терапии при острой массивной кровопотере» (М., 2018, с. 9–10, рекомендации 4–6), абсолютным показанием к проведению ИВЛ является наличие геморрагического шока. Одним из признаков геморрагического шока является накопление высокой концентрации лактата в крови — по результатам исследования КЩС от 02 часов 06 минут 19.01.2021 концентрация лактата составила 8,3 ммоль/л (при норме до 1,5 ммоль/л). Перевод на ИВЛ проведен несвоевременно, интраоперационно, хотя С. должен был быть переведен на ИВЛ... сразу же после лабораторного определения параметров КЩС».

Мнение привлеченных к анализу специалистов:

1. В данном случае эксперт ссылается на Рекомендации ФАР, утвержденные Президиумом ООО «Федера-

ция анестезиологов и реаниматологов» 31.08.2018, которые Научно-практическим советом МЗ РФ не одобрялись, отсутствуют в Электронном рубрикаторе клинических рекомендаций МЗ РФ, поэтому не подлежат применению при оказании медицинской помощи в силу ч. 13 ст. 37 ФЗ № 323 и разъяснений МЗ РФ в Письме от 06.10.2017 № 17-4/10/2-6989 [2, 12].

2. В рекомендациях, на которые ссылается эксперт, не содержится указания на «абсолютные показания к ИВЛ при геморрагическом шоке», представленные рекомендации интерпретируются экспертом достаточно вольготно, а текст рекомендаций толкуется экспертом субъективно:

«Рекомендация. У пациентов с острой массивной кровопотерей рекомендуется избегать гипоксемии [44] (УУР — I, УДД — С).

Рекомендация. У пациентов с острой массивной кровопотерей рекомендуется нормовентиляция [44] (УУР — I, УДД — В).

Рекомендация. У пациентов с острой массивной кровопотерей в сочетании с ЧМТ в присутствии признаков нарастающей церебральной грыжи (смещение структур головного мозга) рекомендуется гипервентиляция [45, 46] (УУР — Пб, УДД — С)».

3. Диагностика геморрагического шока и определение показаний к ИВЛ на основе анализа КЩС без учета клинического состояния и показателей гемодинамики представляется сомнительной.

Из заключения эксперта № В-74/22 (от 13.04.2022) по материалам уголовного дела № 12102760008000010 по факту смерти П. На основании заключения эксперта врачу — анестезиологу-реаниматологу предъявлено обвинение по ст. 109 ч. 2 УК РФ, в последующем врач осужден на 1,5 года лишения свободы (условно) с запретом профессиональной деятельности. На с. 31–32 эксперт заявляет: «Недостаточно осмысленный осмотр врачом-анестезиологом П. при поступлении в стационар. Не проведена оценка тяжести кровопотери (хотя бы приблизительно путем расспроса самого П., сотрудников бригады скорой медицинской помощи, визуального осмотра повязок, следов крови на каталке, полу и т. д.), не проведен расчет индекса Альговера, не установлена тяжесть шока (травматического, геморрагического) (Клинические рекомендации МЗ РФ «Принципы периперационной инфузионной терапии у взрослых пациентов», 2018)».

Мнение привлеченных к анализу специалистов:

1. Относительно ссылки на не подлежащие применению КР описано выше.
2. Оценка тяжести (величины) кровопотери проводится на основании клинико-лабораторных показателей, но никак не на основании расспроса пострадавшего или размера пятен крови на полу. При этом следует отметить, что в Методических рекомендациях (с. 11), на которые ссылается эксперт, представле-

на классификация острой кровопотери с указанием ее приблизительной величины.

3. Кроме того, эксперту при проведении экспертизы следовало бы четко определиться, какой именно вид шока был у пострадавшего, поскольку этиологическая классификация шока это четко разграничивает, а расчет индекса Альговера не регламентирован ни одним нормативным документом.

Из заключения эксперта № В-74/22 (от 13.04.2022) по материалам уголовного дела № 12102760008000010 по факту смерти пациента П. тот же эксперт пишет на с. 32: «Не проводится мониторинг уровня ЦВД, хотя бы путем измерения его величины по методу Вальдмана (или иным, более современным и информативным способом — например, ЭхоКГ, методом термодилуции, тетраполярной реографии и т. д.) (Национальное руководство по интенсивной терапии. М., 2017, с. 451–463)».

Мнение привлеченных к анализу специалистов:

1. Ссылка на несуществующий источник информации. Вероятно, эксперт имеет в виду документ «Интенсивная терапия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Б.Р. Гельфанда, И.Б. Заболотских. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 928 с., раздел 4.1. «Мониторинг гемодинамики в интенсивной терапии». В данном разделе информация об измерении ЦВД «методом термодилуции, тетраполярной реографии» отсутствует, а в издании 2017 г. указанные страницы приходится на раздел «Глава 3. Интенсивная терапия дыхательной недостаточности» [13].
2. Указанный источник не является нормативно-правовым актом, учебно-методическим пособием или учебником, т. к. не прошел установленную процедуру одобрения и рекомендаций, а относится к серии научно-популярных изданий «Национальные руководства» издательства «ГЭОТАР-Медиа». Вывод обоснован не обязательными для врача правовыми предписаниями, а медицинской литературой, т. е. экспертом нарушено требование ч. 1 ст. 37 ФЗ № 323.
3. При проведении экспертизы недопустимо указание эксперта на возможные действия врача в сослагательном наклонении. Кроме того, оборудование для проведения указанных методик (термодилуции и тетраполярной реографии) не входит в стандарты оснащения отделений анестезиологии и реанимации, установленные Порядком оказания медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» (Приказ МЗ РФ № 919) [14].

Из заключения эксперта № В-74/22 (от 13.04.2022) по материалам уголовного дела № 12102760008000010 по факту смерти пациента П. на с. 34–35: «В настоящее время при неостановленном кровотечении (до момента остановки кровотечения) используется ограничитель-

ная стратегия волемиического замещения ОЦК (вводится объем жидкостей до 1500 мл) до момента окончательной остановки кровотечения (Клинические рекомендации МЗ РФ «Протокол реанимации и интенсивной терапии при острой массивной кровопотере», 2018, с. 13–14). Введение 3400 мл раствора натрия хлорида 0,9% (с 15 ч 05 мин до 16 ч 50 мин) само по себе порочно, т. к., во-первых, ухудшает состояние свертывающей системы крови (за счет эффекта «разведения» (снижения концентрации) оставшихся после потери крови в кровотоке белков — факторов свертывания и тромбоцитов). Кроме того, введение больших количеств изотонического (0,9%) раствора натрия хлорида ухудшает метаболическую ситуацию в организме за счет нарастания интенсивности метаболического ацидоза и приводит к повреждению почек (Клинические рекомендации МЗ РФ «Протокол реанимации и интенсивной терапии при острой массивной кровопотере», 2018, с. 15–16)».

Мнение привлеченных к анализу специалистов:

1. Приводятся ссылки на не подлежащие применению КР, что описано выше.
2. В данных Методических рекомендациях действительно есть указания на «ограничительную стратегию волемиического замещения ОЦК для достижения целевых значений АД до момента окончательной остановки кровотечения [97, 98] (УУР —1, УДД — В)», но при этом отсутствуют указания на использованные объемы инфузионной терапии.
3. Рассуждения о возможном развитии дилуционной коагулопатии описаны в самих Методических рекомендациях и в заключении эксперта не подтверждены результатами лабораторного исследования системы гемостаза, т.е. носят исключительно надуманный характер, а развивающийся метаболический ацидоз не имеет решающего значения в развитии острого почечного повреждения.

Из заключения эксперта № 31СМЭ-2022 (от 28.01.2023) по материалам уголовного дела № 12102760004000224 по факту смерти пациента Д. На основании заключения эксперта двум врачам — анестезиологам-реаниматологам предъявлено обвинение по ст. 238 ч. 2 УК РФ. Эксперт заключает на с. 57: «Более жесткие требования к предоперационному осмотру при плановых анестезиях изложены в Национальном руководстве по анестезиологии (М., 2020, с. 15), согласно которому «целесообразно провести 4 осмотра, включающих обследование и последовательную оценку динамики комплекса анестезиологического риска, обусловленного непосредственно анестезией и функциональными нарушениями вследствие основного и сопутствующего заболевания... Результат оценки анестезиологического риска при каждом осмотре используют для оптимизации плана обследования и предоперационной подготовки, внося в него мероприятия, направленные на профилактику, уменьшение, а возможно, и устранение факторов риска».

Мнение привлеченных к анализу специалистов:

1. Ссылка на несуществующий источник информации. Вероятно, эксперт имеет в виду научно-популярное издание «Анестезиология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А.А. Буна-тяна, В.М. Мизикова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 656 с.» [15].
2. В данном издании действительно есть указания (рекомендации) о проведении четырех предоперационных осмотров, однако это подразумевается для пациентов с сопутствующей патологией, нуждающихся в серьезной предоперационной подготовке. Для соматически здоровых пациентов данные рекомендации неприемлемы.
3. Вывод обоснован не обязательными для врача правовыми предписаниями, а медицинской литературой, т. е. экспертом нарушено требование ч. 1 ст. 37 ФЗ № 323.

Из заключения эксперта № 31СМЭ-2022 (от 28.01.2023) по материалам уголовного дела № 12102760004000224 по факту смерти пациента Д., эксперт по профилю «анестезиология-реаниматология» дает заключение данных осмотра Д. врачом-анестезиологом: «В ходе осмотра ребенка в преднаркозном периоде врачом-анестезиологом не был проведен осмотр ротоглотки Д., не проведена пальпация лимфоузлов (подчелюстных, подмышечных), не проведена пальпация и перкуссия легких с установлением топографических границ легких...».

«Физикальный осмотр пациента является общепринятой процедурой диагностики для врачей любых специальностей, который пока еще никем не отменен [Пропедевтика детских болезней / учебник для медицинских вузов под ред. А.Н. Геппе, Н.С. Подчерняевой. М., 2008. С. 180–186; Клинические рекомендации МЗ РФ «Острый обструктивный ларингит и эпиглоттит», 2021, разделы 1.6, 2.2]. Не проведена пульсоксиметрия, не проведена термометрия (Клинические рекомендации МЗ РФ «Острый обструктивный ларингит [круп] и эпиглоттит», 2021, раздел 2.4.)... Также в ходе осмотра пациента Д. в преднаркозном периоде врачом-анестезиологом, согласно данным протокола осмотра, не проведена аускультация сердца, не проведена перкуссия сердца с установлением границ относительной сердечной тупости, не проведена пальпация печени и селезенки с определением размеров этих органов, перкуссия брюшной полости [Пропедевтика детских болезней / учебник для медицинских вузов под ред. А.Н. Геппе, Н.С. Подчерняевой. М., 2008. С. 218–233]».

Мнение привлеченных к анализу специалистов:

1. Вывод обоснован не обязательными для врача правовыми предписаниями, а медицинской литературой, т. е. экспертом нарушено требование ч. 1 ст. 37 ФЗ № 323.
2. Указанные клинические рекомендации «Острый обструктивный ларингит [круп] и эпиглоттит» (2021)

даже на момент проведения экспертизы в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 17.11.2021 № 1968 «Об утверждении Правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6–9 и 11 статьи 37 Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”» не являлись действующим документом [16]. Кроме того, в разделе клинических рекомендаций «Целевая аудитория» врач — анестезиолог-реаниматолог не указан, следовательно, ссылка эксперта на данный документ абсолютно не обоснованна, а использование недействующих документов при проведении судебно-медицинской экспертизы недопустимо.

Из заключения эксперта № 31СМЭ-2022 (от 28.01.2023) по материалам уголовного дела № 12102760004000224 по факту смерти Д. эксперт по профилю «анестезиология-реаниматология» указывает на с. 62: «Следует также указать, что для оценки состояния ребенка и решения вопроса о возможности проведения анестезии (тем более длительной) общего анализа крови совершенно недостаточно. Минимальный стандарт обследования перед проведением анестезии включает в себя проведение (помимо общего анализа крови и ЭКГ) также общего биохимического исследования крови (определение концентраций в крови билирубина и его фракций, глюкозы, общего белка, альбумина, мочевины, креатинина, АСТ, АЛТ, щелочной фосфатазы), параметров свертывающей системы крови (коагулограммы), общего анализа мочи, рентгенографии (флюорографии) легких, которые в совокупности дают возможность более полно оценить состояние ребенка (Приказ МЗ РФ от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»)» [17].

Мнение привлеченных к анализу специалистов:

1. Не существует нормативного документа, определяющего стандарт обследования перед проведением анестезиологического пособия; эксперт ссылается на приказ МЗ РФ, в котором нет указаний на необходимость выполнения обследования пациента и объем этого обследования, т. е. вывод эксперта противоречит его правовому обоснованию.

Из заключения эксперта № 31СМЭ-2022 (от 28.01.2023) по материалам уголовного дела № 12102760004000224 по факту смерти пациента Д. Эксперт по профилю «анестезиология-реаниматология» заключает на с. 71: «Также в составе премедикации у Д. должен был быть в обязательном порядке использован наркотический анальгетик (например, тримеперидин) в возрастной дозировке (согласно данным официальной инструкции, РЛС, 2020, — 3 мг) с учетом такой болезненной манипуляции, как интубация трахеи».

Мнение привлеченных к анализу специалистов:

1. Документы, которые бы обязывали врача — анестезиолога-реаниматолога использовать в премедикации тот или иной препарат, отсутствуют, поэтому выбор вида, состава и дозировок препаратов для премедикации — это сугубо индивидуальная прерогатива врача, осуществляющего проведение анестезии.
2. Ссылка эксперта на официальную инструкцию (РЛС, 2020) полностью не обоснована т. к. РЛС (Регистр лекарственных средств [https://www.rlsnet.ru]) — это «Энциклопедия лекарств РЛС®», не содержащая официальных инструкций к лекарственным препаратам (что подтверждается отсутствием в заключении эксперта ссылки на номер регистрационного удостоверения МЗ РФ — Р № 001833/01-201217). Инструкции к лекарственным препаратам размещены на сайте МЗ РФ по адресу: https://grls.gosminzdrav.ru — Государственный реестр лекарственных средств (gosminzdrav.ru). Кроме того, согласно официальной инструкции, тримеперидин детям от 2 лет используется в дозировке 3–10 мг.

Из заключения эксперта № 113/7-35/2020 (от 21.01.2022) по материалам уголовного дела № 1-645/2020 по факту смерти У. при проведении анестезиологического пособия, с. 79: «...5. В условиях исходной (т. е. возникшей в предоперационном периоде) гиповолемии проведение эпидуральной анестезии У. было категорически противопоказано (Методические рекомендации (МР) ФАР «Анестезиологическое обеспечение оперативных вмешательств, перевязок и сложных диагностических и лечебных манипуляций. 2018. С. 21–25)».

Мнение привлеченных к анализу специалистов:

1. ФАР данные МР не издавала, вероятно, речь идет о МР «Анестезиологическое обеспечение оперативных вмешательств, перевязок и сложных диагностических и лечебных манипуляций», утвержденных 13.09.2019 Координационным советом Российской некоммерческой организации «Ассоциация анестезиологов-реаниматологов».
2. Установка перед оперативным вмешательством эпидурального катетера для послеоперационного обезболивания (из записи в истории болезни) не является эпидуральной анестезией, а введение тест-дозы местного анестетика при установке катетера не может расцениваться как эпидуральное обезболивание.
3. Согласно указанным МР, «Противопоказания к эпидуральной анестезии такие же, как и к спинальной анестезии» (с. 24).

Противопоказания абсолютные: гнойничковые поражения кожи спины; органические поражения ЦНС; коллапс и выраженная гиповолемия; травматический шок; сепсис; деформации позвоночника; идиосинкразия к фармакологическим средствам, используемым для спинальной анестезии; нарушение атриовентрикулярной

проводимости (AV-блокады); гипокоагуляция; лечение антикоагулянтами, несогласие больного».

Как видно из представленного материала, эксперт достаточно вольно трактует (отождествляет) понятия «гиповолемия» = «коллапс и выраженная гиповолемия», что полностью противоречит имевшейся клинической ситуации и ставит под сомнение обоснованность выводов эксперта.

Из заключения эксперта № 113/7-35/2020 (21.01.2022) по материалам уголовного дела № 1-645/2020 по факту смерти пациента У. при проведении анестезиологического пособия эксперт по профилю «анестезиология-реаниматология» тот же (с. 87): «...1. При проведении СЛР (13 ч 00 мин) ИВЛ проводится мешком Амбу при наличии в отделении аппаратов ИВЛ, что не предусмотрено современными алгоритмами расширенной СЛР (Методические рекомендации по проведению реанимационных мероприятий Европейского Совета по реанимации. М., 2008. 2016; Обзор-рекомендация Американской ассоциации сердечных заболеваний по СЛР и неотложной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях от 2010 г.). Обоснование врачом необходимости смены аппаратной ИВЛ на ручную (мешком Амбу) в истории болезни отсутствует».

Мнение привлеченных к анализу специалистов:

1. Очень интересная ссылка на «Европейские рекомендации», изданные, как следует из описания экспертов, в Москве, при этом совершенно непонятно, на какие именно рекомендации ссылается эксперт, т. к. рекомендации Европейского Совета по реанимации (European Resuscitation Council) были выпущены к моменту события в 2005, 2010 и 2015 гг.
2. Относительно цитирования Европейских рекомендаций следует заметить, что Россия — член Европейского совета по реанимации, поэтому данные рекомендации использовать может, однако никаких указаний по их использованию МЗ РФ не выпускало. Ссылка же эксперта на «Американские рекомендации» 2010 г. (т. е. рекомендации Американской кардиологической ассоциации — American Heart Association (АНА), не самые последние) полностью безосновательна, поскольку этот документ не имеет одобрения МЗ РФ и не обладает юридической силой на территории РФ.
3. Вопрос об обязательном проведении аппаратной ИВЛ в указанных рекомендациях не оговаривается и не рассматривается, даже при проведении расширенного комплекса СЛР.
4. Использованные экспертом в обосновании вывода документы не соответствуют требованиям ч. 1 ст. 37 ФЗ № 323.

Представляем еще два фрагмента из заключения эксперта № 113/7-35/2020 от 21.01.2022 по материалам уголовного дела № 1-645/2020 по факту смерти пациента У. Эксперт по профилю «анестезиология-реанимато-

логия» дает заключение, которое, по мнению авторов, не нуждаются в комментариях.

«На этом фоне острая массивная кровопотеря примерно трети объема циркулирующей крови (на фоне неадекватной инфузионной терапии) привела к резкому уменьшению как венозного возврата (крови) к сердцу, так и сердечного выброса (крови) с быстрым формированием так называемого «синдрома малого выброса» (или синдрома Морганьи—Эдамса—Стокса), который является одной из основных причин фибрилляции миокарда желудочков и последующей остановки сердца» (с. 79).

«...13. Не проводится коррекция нарушений кислотно-щелочного состояния и газового состава венозной крови (КЩС). Согласно данным лабораторных исследований (время проведения исследований не указано, что не дает возможности установить временные интервалы развития нарушений КЩС), у пациента У. имелся выраженный респираторный (дыхательный) ацидоз (рН 7,294 при норме 7,35–7,45) на фоне гипервентиляции (рО₂ 152–159 мм рт. ст. при норме 85–100 мм рт. ст.) и нормальных показателях дефицита оснований (ВЕ –1,8 ммоль/л. при норме ± 2,0 ммоль/л) с исходом в метаболический алкалоз (рН 7,599; ВЕ +12,0 ммоль/л), что явно свидетельствует о бесконтрольном введении 5% раствора натрия гидрокарбоната в количестве 400 мл (интраоперационно). Доза гидрокарбоната натрия, вводимого с целью коррекции метаболического (но не респираторного?) ацидоза, является расчетной и определяется исходя из массы тела больного и показателя стандартного бикарбоната (НСО₃⁻)» (с. 83).

Примечание. Синдром Морганьи—Эдамса—Стокса — обморок, вызванный резким снижением сердечного выброса и ишемией мозга, вследствие остро возникшего нарушения ритма (как правило, синоатриальная блокада 2-й степени или полная атриовентрикулярная блокада).

Обсуждение

Проведенное исследование ряда заключений эксперта позволяет утверждать, что применяемые экспертом страховой компании подходы для оценки оказанной медицинской помощи несостоятельны при проведении СМЭ, а наличие у эксперта ученой степени, квалификационной категории, значительного стажа работы по специальности не гарантируют соответствие выводов такого эксперта требованиям закона и принципу объективности.

Принцип объективности экспертного исследования, закрепленный в ст. 8 Федерального закона от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», во взаимосвязи с положениями ч. 1 ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здо-

ровья граждан в Российской Федерации» и Приказа Минздрава РФ от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении Критериев качества медицинской помощи», обязывает эксперта при проведении судебно-медицинской оценки оказанной медицинской помощи обосновывать выводы конкретными нормативными документами.

Как видно из проведенного анализа, это требование закона не всегда реализуется на практике, что наряду с иными факторами привело к неблагоприятным правовым последствиям для обвиняемых/подсудимых врачей.

Проблема таких сомнительных экспертных заключений прямо связана с тем, что применительно к судебно-медицинской экспертной деятельности в России отсутствует механизм государственного контроля за соответствием привлекаемого в качестве эксперта врача возлагаемым на него государством функциям.

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения не наделена полномочиями по контролю качества выводов в заключениях экспертов по результатам комплексных СМЭ.

Постановление пленума Верховного Суда Российской Федерации от 21 декабря 2010 г. № 28 «О судебной экспертизе по уголовным делам» предусматривает, что «оценка заключения эксперта может быть оспорена только вместе с приговором или иным итоговым судебным решением при его обжаловании в установленном законом порядке» [18].

В крайне ограниченном объеме возможность проверки заключения эксперта предусмотрена Порядком организации и производства СМЭ в государственных судебно-экспертных учреждениях РФ, утвержденным Приказом МЗ РФ от 12.05.2010 № 346н. Так, согласно п. 111 этого Порядка, на руководителя государственного судебно-экспертного учреждения возложена обязанность контролировать сроки и качество выполнения экспертиз, не нарушая принципа независимости эксперта, и организовывать выборочное письменное рецензирование заключений экспертов, а в силу п. 112 при выявлении нарушений экспертом требований действующего законодательства по производству экспертиз, медицинских технологий и методик их производства, а также при наличии иных оснований, вызывающих сомнения в обоснованности выводов конкретной экспертизы, руководитель государственного судебно-экспертного учреждения вправе письменно проинформировать об этом в процессуально установленном порядке орган или лицо, назначившее экспертизу.

Таким образом, единственный существующий механизм контроля качества результатов СМЭ заключается в том, что руководитель государственного судебно-экспертного учреждения, не обладающий специальными знаниями в профильных врачебных специальностях, вправе проинформировать орган или лицо, назначившее экспертизу, о сомнениях в обоснованности заключения эксперта, если оно будет проверено.

Вместе с тем в системе Министерства юстиции Российской Федерации (Минюст РФ) разработан и действует механизм государственного контроля за качеством подготовки экспертов.

Проведение судебных экспертиз в федеральных бюджетных судебно-экспертных учреждениях Минюста РФ возможно только государственными судебными экспертами, которые аттестованы на право самостоятельного производства судебной экспертизы по экспертной специальности (п. 3. Инструкции по организации производства судебных экспертиз в федеральных бюджетных судебно-экспертных учреждениях Министерства юстиции Российской Федерации, утвержденной Приказом Министерства юстиции Российской Федерации от 28.12.2023 № 404).

Положение об аттестации на право самостоятельного производства судебной экспертизы работников федеральных бюджетных судебно-экспертных учреждений Минюста РФ, утвержденное Приказом Минюста РФ от 27.01.2023 № 11, регламентирует порядок определения (пересмотра) уровня квалификации и аттестации работников федеральных бюджетных судебно-экспертных учреждений Минюста РФ каждые 5 лет специальными экспертно-квалификационными комиссиями.

Однако применительно к медицинской деятельности действующий Порядок организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации, утвержденный Приказом Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 № 346н, а также вступающий в силу с 01.09.2024 Порядок проведения СМЭ, утвержденный Приказом Минздрава РФ от 25.09.2023 № 491н, не предусматривают механизм государственной аттестации врачей профильных специальностей, привлекаемых к проведению комплексных СМЭ, на право самостоятельного производства таких экспертиз [6, 19].

Заключение

Таким образом, врачи-специалисты, привлекаемые к экспертной оценке случаев оказания медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология», допускают существенные дефекты: ссылаются на источники литературы, не имеющие статуса нормативного документа; выражают субъективную точку зрения без ссылки на нормативные документы; неверно трактуют отдельные положения клинических рекомендаций; оценивают действия медицинских работников на основе вырванного из контекста положения клинической рекомендации; не учитывают комплекс факторов конкретной клинической ситуации.

Выявленная ситуация в разделе экспертной оценки случаев оказания медицинской помощи приводит к ошибкам следствия и судебным ошибкам, дискредитации судебной системы и несправедливому уголовному наказанию медицинских работников.

Эффективным решением выявленной проблемы может послужить создание МЗ РФ правового механизма аттестации врачей, привлекаемых к проведению комплексных СМЭ, по аналогии с уже существующим для экспертов федеральных бюджетных судебно-экспертных учреждений Минюста РФ.

Конфликт интересов. В.И. Горбачев — председатель правового комитета Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов»; Е.С. Нетесин — секретарь правового комитета Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов»; К.Г. Шаповалов — заместитель президента Ассоциации анестезиологов-реаниматологов. Остальные авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Disclosure. V.I. Gorbachev is the chairman of the legal committee of the All-Russian public organization “Federation of Anesthesiologists and Reanimatologists”; E.S. Netesin is the secretary of the legal committee of the All-Russian public organization “Federation of Anesthesiologists and Resuscitators”, K.G. Shapovalov — Deputy President of the Association of Anesthesiologists and Resuscitators. Other authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Все авторы в равной степени участвовали в разработке концепции статьи, получении и анализе фактических данных, написании и редактировании текста статьи, проверке и утверждении текста статьи.

Author contribution. All authors according to the ICMJE criteria participated in the development of the concept of the article, obtaining and analyzing factual data, writing and editing the text of the article, checking and approving the text of the article.

Этическое утверждение. Не требуется.

Ethics approval. Not required.

Информация о финансировании. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Декларация о наличии данных. Данные, подтверждающие выводы этого исследования, можно получить у корреспондирующего автора по обоснованному запросу.

Data Availability Statement. The data that support the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

ORCID авторов:

Нетесин Е.С. — 0000-0002-4100-5516

Шаповалов К.Г. — 0000-0002-3485-5176

Горбачев В.И. — 0000-0001-6278-9332

Сумин С.А. — 0000-0002-7053-2278

Горбачев С.В. — 0000-0003-3084-6165

Ярославкин Р.А. — 0000-0002-9772-9169

Литература/References

- [1] Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27.08.2018 № 554н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач — анестезиолог-реаниматолог» [Order of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation of 27.08.2018 No 554n "On approval of the professional standard "Anesthesiologist-Reanimatologist" (In Russ)]
- [2] Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Federal Law of 21.11.2011 No 323-FZ "On the Fundamentals of Protecting the Health of Citizens in the Russian Federation" (In Russ)]
- [3] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of 19.03.2021 No 231n "On approval of the Procedure for monitoring the volume, timing, quality and conditions of providing medical care under compulsory health insurance to insured persons, as well as its financial support" (In Russ)]
- [4] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of 10.05.2017 No 203n "On approval of criteria for assessing the quality of medical care" (In Russ)]
- [5] Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» [Federal Law of 31.05.2001 No 73-FZ "On State Forensic Expert Activities in the Russian Federation" (In Russ)]
- [6] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of 12.05.2010 No 346n "On approval of the Procedure for organizing and conducting forensic medical examinations in state forensic institutions of the Russian Federation" (In Russ)]
- [7] Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ [Criminal Procedure Code of the Russian Federation dated December 18, 2001 No 174-FZ (In Russ)]
- [8] Нетесин Е.С., Горбачев В.И. Участие анестезиологов-реаниматологов в судебно-медицинской экспертизе. Вестник анестезиологии и реаниматологии. 2019; 16(6): 74–80. DOI: 10.21292/2078-5658-2019-16-6-74-80 [Netesin E.S., Gorbachev V.I. On participation of anesthesiologists-resuscitators in the forensic medical examination. Messenger of Anesthesiology and resuscitation. 2019; 16(6): 74–80. DOI: 10.21292/2078-5658-2019-16-6-74-80 (In Russ)]
- [9] Сумин С.А., Горбачев В.И., Ярославкин Р.А. и др. Судебно-медицинская экспертная оценка неблагоприятных исходов заболеваний и неблагоприятных результатов оказания медицинской помощи по профилю «анестезиология и реаниматология» М.: МИА, 2024. 84 с. [Sumin S.A., Gorbachev V.I., Yaroslavkin R.A., et al. Forensic medical expert assessment of adverse disease outcomes and unfavorable results of medical care in the field of anesthesiology and resuscitation. M.: Publishing House MIA LLC, 2024. 84 p. (In Russ)]
- [10] Сумин С.А., Ярославкин Р.А. Участие врача анестезиолога-реаниматолога в комплексных судебных медицинских экспертизах по делам, связанным с неблагоприятными исходами медицинской помощи. Анестезиология и реаниматология. 2019; 1: 27–34. DOI: 10.17116/anaesthesiology201901127 [Sumin S.A., Yaroslavkin R.A. Participation of an intensivist in the complex forensic medical expert examination of the medical cases with adverse outcome. Russian Journal of Anesthesiology and Reanimatology. 2019; 1: 27–34. DOI: 10.17116/anaesthesiology201901127 (In Russ)]
- [11] Нетесин Е.С., Горбачев В.И., Уткин Н.Н. Юридические аспекты оценки качества медицинской помощи. Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова. 2022; 1: 41–8. DOI: 10.21320/1818-474X-2022-1-141-148 [Netesin E.S., Gorbachev V.I., Utkin N.N. Legal aspects of assessing the quality of medical care. Annals of Critical Care. 2022; 1: 141–8. DOI: 10.21320/1818-474X-2022-1-141-148 (In Russ)]
- [12] Письмо Минздрава России от 06.10.2017 № 17-4/10/2-6989 «О клинических рекомендациях (протоколах лечения) по вопросам оказания медицинской помощи» [Letter of the Ministry of Health of Russia of 6.10.2017 No 17-4/10/2-6989 "On clinical recommendations (treatment protocols) regarding the provision of medical care" (In Russ)]
- [13] Интенсивная терапия. Национальное руководство. Краткое издание. Под ред. Б.Р. Гельфанда, И.Б. Заболотских. 2-е изд., перераб. и доп. М.: GEOTAR-Медиа, 2019. 928 с. [Intensive therapy. National leadership. Brief edition. Edited by B.R. Gelfand, I.B. Zabolotskikh. 2nd ed., revised. and additional. M.: GEOTAR-Media, 2019. 928 p. (In Russ)]

- [14] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология» [Order of the Ministry of Health of Russia of 15.11.2012 No 919n "On approval of the Procedure for providing medical care to the adult population in the field of anesthesiology and resuscitation" (In Russ)]
- [15] Анестезиология. Национальное руководство. Краткое издание. Под ред. А.А. Бунятына, В.М. Мизикова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 656 с. [Anesthesiology. National leadership. Brief edition. Ed. A.A. Bunyatyan, V.M. Mizikov. M.: GEOTAR-Media, 2020. 656 p. (In Russ)]
- [16] Постановление Правительства Российской Федерации от 17.11.2021 № 1968 «Об утверждении Правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6–9 и 11 статьи 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Decree of the Government of the Russian Federation of 17.11.2021 No 1968 "On approval of the Rules for the phased transition of medical organizations to the provision of medical care based on clinical recommendations developed and approved in accordance with parts 3, 4, 6–9 and 11 of Article 37 of the Federal Law "On fundamentals of protecting the health of citizens in the Russian Federation" (In Russ)]
- [17] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of 13.10.2017 No 804n "On approval of the range of medical services" (In Russ)]
- [18] Постановление пленума Верховного Суда Российской Федерации № 28 от 21.12.2010 «О судебной экспертизе по уголовным делам» [Resolution of the plenum of the Supreme Court of the Russian Federation No 28 of 21.12.2010 "On forensic examination in criminal cases" (In Russ)]
- [19] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.09.2023 № 491н «Об утверждении Порядка проведения судебно-медицинской экспертизы» [Order of the Ministry of Health of Russia of 25.09. 2023 No 491n "On approval of the Procedure for conducting a forensic medical examination" (In Russ)]
- [20] Приказ Министерства юстиции Российской Федерации от 27.01.2023 № 11 «Об утверждении Положения об аттестации на право самостоятельного производства судебной экспертизы работников федеральных бюджетных судебно-экспертных учреждений Министерства юстиции Российской Федерации» [Order of the Ministry of Justice of the Russian Federation dated January 27, 2023 No 11 "On approval of the Regulations on certification for the right to independently conduct forensic examination of employees of federal budgetary forensic institutions of the Ministry of Justice of the Russian Federation" (In Russ)]
- [21] Постановление пленума Верховного Суда Российской Федерации № 18 от 25.06.2019 «О судебной практике по делам о преступлениях, предусмотренных статьей 238 Уголовного кодекса Российской Федерации» [Resolution of the Plenum of the Supreme Court of the Russian Federation No 18 of 25.06.2019 "On judicial practice in cases of crimes under Article 238 of the Criminal Code of the Russian Federation" (In Russ)]