

© ГЕЦМАНОВА И. В., ВИНОГРАДОВ К. А.

УДК 343.2 / 7: 614. 25

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КОМИССИОННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ДЕЛАМ О ДЕФЕКТАХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

И. В. Гецманова, К. А. Виноградов

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра медицинской кибернетики,
зав. — д. м. н., проф. К. А. Виноградов.

Резюме. В данной статье отражены организационно-процессуальные проблемы комиссионных судебно-медицинских экспертиз (СМЭ) по уголовным и гражданским делам о дефектах медицинских услуг, влекущие необоснованность экспертных выводов; намечены пути их решения.

Ключевые слова: ятрогении, необоснованность судебно-медицинских комиссионных экспертиз, методика, оформленные судебно-медицинских экспертных заключений.

Многочисленные исследования свидетельствуют о неуклонном росте неблагоприятных последствий медицинских услуг — «ятрогений» (от греч. *iatros* — врач и *генпао* — происхождение). Всемирная организация здравоохранения в 1995 году отнесла ятрогении к основным нозологическим формам, включив в них любые неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и терапевтических мероприятий, приводящие к нарушениям функций организма, инвалидности или смерти. Это порождает нарушения конституционных прав граждан на жизнь, охрану здоровья, медицинскую помощь и многочисленные конфликты, разрешаемые в порядке гражданского или уголовного судопроизводства.

Судебная практика показала, что исход судебного разбирательства предопределяют выводы комиссионной судебно-медицинской экспертизы (СМЭ). Между тем любое, в том числе судебно-медицинское экспертное заключение не должно иметь преимуществ перед другими доказательствами и оцениваться наряду с ними (ст. 85 ГПК РФ, ст. 17 УПК РФ) [1, 2].

В данной статье рассматриваются некоторые организационно-процессуальные проблемы данной разновидности СМЭ, подходы к их решению, выработанные на основе анализа материалов из 120 уголовных и гражданских дел в 7 субъектах России за период с 2000 по 2010 гг.

В отличие от других судебно-медицинских экспертиз, в данной их разновидности необходимо исследовать гораздо большее количество документов. Первая группа касается конкретного пациента (заключения ранее проведенных экспертиз, протоколы осмотра трупа и места происшествия, протоколы патологоанатомического вскрытия, индивидуальные карты амбулаторного и стационарного больного, протоколы клинических, клинко-анатомических и поликлинико-анатомических конференций, протоколы допросов, объяснений, справки). Вторая группа касается неограниченного круга медицинских работников и пациентов (приказы, распоряжения министра здравоохранения, локальные положения, медицинские стандарты, рекомендации, методические пособия, руководства,

инструкции). Ведущее значение для дела имеют документы первой группы, но именно среди них наблюдаются неполнота информации и некачественность заполнения.

В результате проведенного исследования в 74% экспертных заключений выявлен ряд негативных закономерностей, проявляющихся изолированно или в комплексе.

Исследовательская часть, занимающая значительный объем, представляет собой механический перенос содержания медицинских документов, не достаточно полно описывающих характер и течение патологического процесса. Встречающиеся краткие замечания экспертов в скобках по ходу текста, отражающего содержание документов, слабо напоминают анализ. Нет хода рассуждений, операнды анализа — важнейшего продукта интеллектуальной деятельности экспертов, показывающих путь, по которому приходят к конечным выводам, слабая синтетическая составляющая и аргументация выводимых суждений. Приемлемым подходом к оформлению исследовательской части считаем обязательное включение аналитической составляющей после описания содержания каждого медицинского документа, после описания нескольких объектов — синтетической составляющей и промежуточных выводов.

2. Исследовательская часть и выводы содержат множество специальных малоизвестных латинских терминов, аббревиатуры, без соответствующих пояснений. Это особенно характерно для описания гистологических исследований, при этом разъяснения некоторых терминов не всегда можно найти в медицинских энциклопедических словарях. Поэтому уяснить истину, оставшуюся на предметных стеклах, за «частоколом» узкоспециальной терминологии может весьма узкий круг специалистов. Между тем устоявшимся в теории судебной экспертизы является положение о том, что содержание исследовательской части и выводы экспертизы должны быть понятными для несведущих лиц.

Часть 2 ст. 12 ГК РФ (ч.3 ст. 15 УПК РФ) возлагает на суд обязанность по созданию условий для всестороннего и полного исследования доказательств, установления фактических обстоятельств. Вместе с тем согласно ч. 2 ст. 79 ГПК РФ (ч.2 ст.283 УПК РФ) окончательный круг

вопросов, по которым требуется экспертное заключение, определяется судом, который может по своему усмотрению исключить ряд вопросов, представленных сторонами. Здесь усматривается противоречие между указанными нормами, что может затруднить право сторон в доказывании обстоятельств, имеющих значение для дела. Суду, как наименее подготовленному в вопросах медицины участнику процесса, проще ограничиться формулировкой стандартных вопросов, не вникая в тонкости ятрогении, не обременяя себя необходимостью использования формулировок с узкоспециальной незнакомой терминологией.

3. Нет фотографий, схем, графиков и других средств объективной регистрации. В отличие от криминалистических и других видов экспертиз, наличие микрофотосъемки, рисунков, схем, которые могли бы позволить участникам процесса уяснить картину патогенеза (танатогенеза) — чрезвычайная редкость (только в одном заключении, представленном отделом особо сложных экспертиз Челябинского Бюро СМЭ, обнаружены микрофотоснимки). Ситуацию могло бы изменить внедрение современных оптических систем, электронных микроскопов, аппаратно-программных комплексов для микрофотосъемки, соответствующая дополнительная подготовка персонала гистологических отделений Бюро СМЭ. Необходимо рекомендовать приобщать к экспертному заключению в качестве приложений цветные снимки гистологических, иных исследований пациента и другие средства объективной регистрации с соответствующими знаковыми и текстовыми пояснениями.

Выводы недостаточно обоснованы, включают противоречия, как между собой, так и с содержанием исследовательской части; имеется произвольное объединение нескольких вопросов и дача одного ответа на них, что вуалирует оставление вопросов без ответов; ответ дается в неопределенной форме либо не на поставленный, а на какой-то другой вопрос. Такие выводы даже при очевидной вредности медицинской услуги не помогают доказать или опровергнуть причинную связь вреда здоровью (смерти) с нарушениями (дефектами) оказания медицинской помощи, а значит предмета доказывания в целом. Тем самым нарушается принцип состязательности сторон в процессе (ст. 12 ГПК РФ, ст. 15 УПК РФ), теряется значение и ценность экспертного заключения. Судебно-медицинская экспертиза также является разновидностью медицинской услуги, а значит должна отвечать требованиям норм, предусматривающих возмездное оказание услуг (глава 39 ГК РФ), оправдывать потраченные на проведение исследования средства и убедительно свидетельствовать о том, что применены обширные и глубокие специальные знания [3].

Приведем несколько примеров экспертных выводов: «Между проведенной операцией и инвалидностью усматривается прямая причинная связь, однако нельзя исключить возможности развития основного заболевания — врожденного гипотиреоза — и инвалидности по данному заболеванию и без проведения операции». Данный вывод содержит две противоречивые мысли: 1) причиной инвалидности является операция и 2) причиной инвалидности может быть не операция, а самостоятельное течение патологического процесса в щитовидной железе. Экспертами

нарушено требование логического закона исключенного третьего, согласно которому из двух противоречащих суждений одно непременно истинно, другое ложно, а третьего не может быть. С другой стороны, если второй вывод высказан в вероятной форме (прогноз событий), то первый (ретроспективный) категоричен, и за основу следует брать первый вывод (в деле за основу взят второй).

Ещё более осложняют правовую оценку экспертные выводы, включающие более двух конкурирующих факторов, влияющих на неблагоприятный исход: «Смертельный исход заболевания был обусловлен рядом причин, из которых основными следует считать как характер и тяжесть течения патологического процесса, так и дефекты медицинской помощи, допущенные на догоспитальном этапе, несвоевременную госпитализацию в стационар, а также недостатки диагностики и лечения в стационаре». Еще более усложненный вариант: «Смертельный исход заболевания был обусловлен рядом причин, из которых основными следует считать как характер и тяжесть течения патологического процесса, так и дефекты оказания медицинской помощи, в сочетании с несвоевременным обращением пациента за медицинской помощью, самостоятельным лечением в течение нескольких дней от начала заболевания».

Полагаем, что необходимо определять значимость, влияние каждого фактора на неблагоприятный исход со ссылками на статистические, научные, нормативные источники с указанием их реквизитов.

Другой пример противоречивых суждений, расположенных в одном из выводов до и после запятой: «При поступлении пострадавшего в стационар врач провел пациенту достаточное по объёму и качеству обследование, при котором не было выявлено признаков повреждения органов брюшной полости (симптомов раздражения брюшины, вздутия, асимметрии и болезненности в области живота)». При этом сомнительность первого суждения усиливают следующие описания в исследовательской части заключения: «не взяты анализы красной крови у больного с нестабильной динамикой», «отсутствие клинико-лабораторного обследования», «нет записи про перкуссию живота», «отсутствовало необходимое динамическое наблюдение за больным, поступившим в состоянии средней тяжести».

В массиве изученных экспертиз обнаружены прямо противоположные выводы в двух делах с аналогичными дефектами медицинских услуг и их последствиями. В обоих случаях имели место необоснованные многократные неудачные попытки интубации трахеи в состоянии вводного наркоза, непринятие мер анестезиологами к выводу пациента из наркоза, что привело к гипоксии и смертельному исходу. В научно-методической медицинской литературе содержатся рекомендации избегать повторных и длительных попыток интубации, чтобы не допустить развития гипоксии (нормативные стандарты не содержат технологии проведения хирургических вмешательств) [4]. При этом по одному делу, согласно экспертному заключению, смерть наступила от дыхательной гипоксии, развившейся в результате многократно неудавшихся попыток интубации трахеи и неадекватной вентиляции легких; между неправильными действиями анестезиолога и наступлением смерти имеется прямая

причинная связь. По другому делу комиссия экспертов, не упоминая об обязанности анестезиолога при неуспешной попытке интубации вывести больного из состояния наркоза, сделала вывод о правильности действий анестезиолога. Судебные решения по данным делам соответствовали экспертным выводам. Это, в свою очередь, влечет отсутствие единообразной правоприменительной практики по аналогичным дефектам медицинских услуг, что подтверждает указанный пример.

По ряду дел удалось сравнить так называемые «рабочие» экспертные документы, сделанные при самостоятельном исследовании отдельными экспертами, и итоговые, вошедшие в официальное заключение комиссионной СМЭ, которые противоречат друг другу. Среди причин можно предполагать корпоративную заинтересованность, психологическую сложность оценки деятельности своих коллег, а также коррумпированность, что косвенно подтверждается высказанными экспертами при опросе рекомендациями назначать повторную экспертизу в другом регионе.

Это в определенной степени обусловлено двойственным положением судебно-медицинской экспертизы. До настоящего времени подавляющее большинство данных исследований производятся отделами сложных (особо сложных) экспертиз бюро СМЭ — своего или других регионов (по данным нашего исследования — все первоначальные экспертизы и 92% повторных), которое относится к учреждениям здравоохранения «особого типа» [5]. Судебно-медицинская служба подчинена Министерству здравоохранения России, что позволяет отнести проводимые ее сотрудниками экспертизы к категории ведомственных. Вместе с тем, наименование экспертизы, порядок ее назначения и производства позволяют в большей мере отнести её к категории судебных экспертиз.

Несоблюдение нормативных требований по отражению методик проводимых исследований (п. 9 ч. 1 ст. 204 УПК РФ) или их методов (ст. 25 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»), что может служить основанием для оспаривания практически любого комиссионного судебно-медицинского экспертного заключения [6].

В числе рекомендаций для приближения законодательных требований к оформлению экспертных заключений по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников предлагается до создания методики их проведения указывать в экспертном заключении методы, используемые для проведения исследования.

Отсутствие у врачей-клиницистов, эпизодически привлекаемых к проведению комиссионной СМЭ, специальных знаний и навыков в области экспертной деятельности. Даже наличие высокой квалификации таких узких специалистов само по себе не достаточно для участия в комиссионном экспертном исследовании. Это обуславливает необходимость введения законодательных требований для указанных специалистов пройти специальные курсы дополнительной подготовки по программам, разработанным для судебно-медицинских экспертов с получением сертификатов по указанной специальности.

На основании изложенного считаем необходимым активизировать взаимодействие юристов и судебных медиков

в разработке логичной модели аргументации выводов, стандартов экспертных исследований.

Необходимо воссоздание информационной базы на федеральном уровне по дефектам медицинских услуг, сведений о процедуре и результатах разрешения конфликтов между пациентами и медицинскими работниками. Требованием времени является обобщение судебной и экспертной практики по уголовным и гражданским делам данной категории и рассмотрение данного вопроса на Пленуме Верховного суда Российской Федерации. Необходим честный, объективный, самокритичный анализ ятрогений в медицинских и юридических учебных заведениях, в правоохранительных органах.

ORGANIZATIONAL AND PROCEEDING PROBLEMS THE COMMISSION OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS IN CASES OF HEALTH CARE DEFECTS

I. V. Getcmanova, K. A. Vinogradov
Krasnoyarsk State Medical University named
after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky

Abstract. This paper describes the organizational and proceeding problems the commission forensic medical examinations (FME) in criminal and civil cases about defects of medical care that entail the invalidity of expert opinions; were identified the ways of their solutions.

Key words: iatrogenic, the invalidity of the forensic expert commissions; methods, the forensic expert reports.

Литература

1. Гражданско-процессуальный кодекс Российской Федерации: принят Государственной Думой РФ 22.10.2002 № 138-ФЗ. — Собрание законодательства РФ, 18.11.2002, № 46, ст. 4532 (в ред. от 22.04.2013).
2. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации / принят Государственной Думой РФ 22.11.2001 № 174-ФЗ. — Собрание законодательства РФ, 24.12.2001, № 52 (ч.1), ст. 4921 (в ред. от 26.04.2013).
3. Гражданский кодекс Российской Федерации: принят Государственной Думой РФ 21.10.1994 № 51-ФЗ. — Собрание законодательства РФ, 05.12.1994, № 32, ст. 3301 (в ред. от 30.12.2012).
4. О единой номенклатуре государственных и муниципальных учреждений здравоохранения: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 229 от 03.06.2003, п. 2.2.2. Зарегистрирован в Минюсте 25.06.2003. Регистрационный № 4828.
5. Трудности при интубации трахеи / под редакцией Латто И.П., Роузена М. — М., Издательство «Медицина» 1989. — 304 с.
6. О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации: Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ (в ред. от 06.12.2011).

Сведения об авторах

Гецманова Ирина Васильевна — кандидат юридических наук, доцент кафедры медицинской кибернетики ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, Красноярск, ул. П. Железняк, г. 1; тел. 8(391) 2200389; e-mail irina02@mail.ru.

Виноградов Константин Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой кибернетики ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, Красноярск, ул. П. Железняк, г. 1; тел. 8(391) 2200389; e-mail vinogradov16@yandex.ru.