

## МЕТОДИКА ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО «ВРАЧЕБНЫМ» ДЕЛАМ

Халиков А.А.<sup>1</sup>, Галимов А.Р.<sup>2</sup>, Кузнецов К.О.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России», Уфа;

<sup>2</sup>АНО «Консультативная судебная медицина», Авдон;

<sup>3</sup>ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова», Москва, e-mail: kirillkuznetsov@aol.com

---

Цель исследования - поделиться опытом и предложить методику быстрого выполнения сложных комиссионных судебно-медицинских экспертиз (СМЭ) по делам о дефектах оказания медицинской помощи (ДОМП) на примере частных экспертных организаций. Проанализировали уголовные и гражданские дела о ДОМП, при производстве которых были использованы заключения негосударственных судебно-медицинских экспертов, а также специалистов. При выполнении исследования нами были использованы следующие методы: логико-аналитический, логико-синтетический (обобщение), сравнительный, системно-аналитический (анализ связей между фактами). Разработана оптимальная методологическая стратегия, которая позволяет в кратчайшие сроки синхронизировать работу врачей-судмедэкспертов и врачей-клиницистов в комиссионных экспертизах и оформить заключение эксперта за 10 суток. Выявлены дефекты в организации комиссионных судебно-медицинских экспертиз/исследований. Впервые предложены пути ускорения и повышения качества проводимых судебно-медицинских заключений в делах о ДОМП с привлечением негосударственных судебно-медицинских экспертов. Предложен ряд конкретных подходов к улучшению создавшегося положения, как научных, так и организационно-практических. Для быстрого и качественного производства судебно-медицинской экспертизы по ДОМП необходимо следовать следующим пунктам: безупречное соблюдение требований процессуального законодательства, рациональный подход к отбору материала, качественный информационный поиск, правильное установление причинно-следственной связи между ДОМП и неблагоприятным исходом согласно предложенной методике. Предложенная нами методика производства СМЭ по делам о ДОМП основана на современных научных данных и позволяет выполнять работу в сжатые сроки, а также в полном соответствии с законодательством.

Ключевые слова: комиссионная судебно-медицинская экспертиза/исследование, дефекты медицинской помощи, причинно-следственная связь, клинический анализ, организация здравоохранения, негосударственная судебно-медицинская экспертиза.

## METHOD OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS IN MEDICAL CASES

Halikov A.A.<sup>1</sup>, Galimov A.R.<sup>2</sup>, Kuznetsov K.O.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bashkir State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Ufa;

<sup>2</sup>ANO «Consulting forensic medicine», Avdon;

<sup>3</sup>FGAOU VO «Pirogov Russian National Research Medical University», Moscow, e-mail: kirillkuznetsov@aol.com

---

The purpose of the study is the expediency of sharing experience and proposing a methodology for the rapid implementation of complex commissions forensic medical examination (FME) in cases of defects in medical care (DMC) using the example of private expert organizations. The material for the research was the criminal and civil cases of DMC, in which the opinions of non-state forensic experts and specialists in the field of forensic medicine were used. The following research methods were used: logical-analytical, logical-synthetic (generalization), comparative, system-analytical (analysis of connections between facts). An optimal methodological strategy has been developed, which allows in the shortest possible time to synchronize the work of forensic doctors and clinicians in commission examinations and to issue an expert opinion in 10 days. Defects in the organization of commissions of forensic medical examinations / research were revealed. For the first time, ways have been proposed to accelerate and improve the quality of forensic medical conclusions in cases of DMC with the involvement of non-state forensic medical experts. A number of specific approaches to improving the current situation, both scientific and organizational and practical, have been proposed. For a quick and high-quality production of a forensic medical examination on DMC, it is necessary to follow the following points: impeccable compliance with the requirements of procedural legislation, a rational approach to the selection of material, high-quality information retrieval, the correct establishment of a causal relationship between DMC and an unfavorable outcome according to the proposed method. The proposed methodology for the production of FME in cases of DMC is based on modern scientific data and allows you to perform work in a short time, as well as in full compliance with the legislation.

---

Keywords: commission forensic medical examination / research, medical care defects, causation, clinical analysis, healthcare organization, non-state forensic medical examination.

На сегодняшний день наблюдается тенденция к росту количества судебно-медицинских экспертиз (СМЭ) по делам о дефектах оказания медицинской помощи (ДОМП) [1-3], что обуславливает высокую нагрузку на экспертные учреждения, приводя к развитию критической ситуации в данной сфере. А именно, сроки производства этих экспертиз в государственных учреждениях нередко очень велики (6 и более месяцев). Из-за истечения срока привлечения к уголовной ответственности правоохранительные органы прекращают расследование уголовных дел [4]. Аналогично обстоят дела и с гражданской ответственностью [5]. В результате следователи и судьи вынуждены назначать подобные СМЭ частным организациям, где сроки намного меньше. В настоящей статье приведена авторская методика производства СМЭ по ДОМП, которая будет полезна для ознакомления государственным судебно-медицинским экспертам, следователям, судьям, а также практикующим врачам.

Цель исследования - поделиться опытом и предложить методику быстрого выполнения сложных комиссионных СМЭ по делам о ДОМП на примере частных экспертных организаций: АНО (Автономная некоммерческая организация) «Судебный эксперт», г. Москва, и АНО «Консультативная судебная медицина», Республика Башкортостан.

Данные организации являются многопрофильными, в них имеются (или сотрудничают с ними) судебные эксперты разных специальностей, что обеспечивает возможность комплексных экспертиз, а в качестве членов судебно-медицинских экспертных комиссий выступают врачи различных специализаций. Средний срок выполнения СМЭ по делу о ДОМП составляет 10 рабочих дней. Но в экстренных случаях подобные экспертизы выполняются за 3 дня.

### **Материал и методы исследования**

Материалом для данного исследования послужили 265 заключений СМЭ по делам ДОМП, подготовленных на базе данных АНО за период с 2016 по 2020 г. Среди них в ненадлежащем качестве оказания медицинской помощи подозревались в основном врачи следующих специальностей:

Акушерство – 48 случаев

Хирургия - 47 случаев (из них пластическая – 6)

Инфекционные болезни - 17 случаев

Травматология и ортопедия - 16 случаев

Терапия - 16 случаев (из них кардиология – 4)

Онкология - 15 случаев

Стоматология - 14 случаев

Педиатрия - 11 случаев

Неврология - 9 случаев

Претензии к врачам иных специальностей были представлены единичными наблюдениями.

Многие экспертизы проводились по вопросам, касающимся нескольких специальностей, количество которых было неопределенным, так как требовалось оценить работу медицинского учреждения в целом. В частности, действия сотрудников бригад скорой медицинской помощи подлежали оценке во всех случаях, когда такая помощь оказывалась.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Все данные СМЭ были выполнены в срок не более 10 рабочих дней.

Методика их выполнения состояла в следующем.

1. Безупречное выполнение требований процессуального законодательства.

В государственных учреждениях руководитель назначает одного из экспертов, как правило, судебно-медицинского, организатором или докладчиком. Реально он ничего не организует и не докладывает, а перепечатывает дословно все медицинские документы (включая предыдущие СМЭ, если таковые производились) и все части материалов дела, имеющие какое-то отношение к медицине. Эта часть работы очень трудоемка и лишена смысла, так как все перепечатываемые документы и так содержатся в деле или приложены к нему в качестве вещественных доказательств.

Кроме того, копирование не является исследованием и не требует специальных знаний. Поэтому если исследовательская часть сводится к копированию представленных на экспертизу медицинских документов, то любой рецензент напишет, что исследование представленных материалов не проводилось вообще.

Согласно статье 22 Федерального закона от 31 мая 2001 г. N 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» при производстве комиссионной судебной экспертизы экспертами одной специальности каждый из них проводит исследования в полном объеме, и они совместно анализируют полученные результаты.

Никаких организаторов и докладчиков закон не предусматривает.

В указанных АНО эксперты работают в основном удаленно. Но, получив задание с указанием срока выполнения, они являются в помещение АНО и лично знакомятся с материалами. В помещении имеется сканер, способный работать также в режиме ксерокса, и фотоаппарат. Эксперты пользуются ими, чтобы сделать себе копии нужных страниц. Дома эти копии цитируются путем перепечатки вручную или использования компьютерных программ для распознавания текста. При интенсивной работе и небольшом ее объеме (не более 5

медицинских документов и отсутствие нужды в лабораторных методах исследования) все необходимое может быть процитировано за 1 рабочий день, так как документы копируются выборочно.

2. Рациональный и соответствующий законодательству подход к отбору материалов для цитирования в заключении.

В настоящее время можно встретить ситуацию, когда при первичной СМЭ в заключение перепечатывается содержимое медицинской карты истца или потерпевшего. При повторной СМЭ оно перепечатывается уже 2 раза: в ходе самостоятельного исследования и в ходе цитирования заключения первичной экспертизы. При второй повторной СМЭ один и тот же текст будет повторен 4 раза, при третьей – 8 раз. Бессмысленность и трудоемкость таких повторов очевидна.

Согласно статье 88 УПК РФ, ч. 1, каждое доказательство (в том числе заключение эксперта) подлежит оценке с точки зрения относимости, допустимости, достоверности, а все собранные доказательства в совокупности - достаточности для разрешения уголовного дела.

Определение относимости можно найти в неявном виде в статье 59 ГПК РФ. Она называется «Относимость доказательств» и гласит: «Суд принимает только те доказательства, которые имеют значение для рассмотрения и разрешения дела».

Большая часть информации, содержащейся в медицинских документах, не обладает свойством относимости, так как из нее не следуют ответы на поставленные вопросы. Например, если подозревается технический дефект работы хирурга во время операции, то важны протокол операции и динамика состояния пациента после нее. Однотипные дневниковые записи, лабораторные и инструментальные исследования, не отражающие наличие или отсутствие данного дефекта, также не обладают свойством относимости. Для ответа на вопрос о наличии и характере ДОМП достаточно факта их проведения или не проведения исследований, так как проверить их качество задним числом невозможно.

Отбором и цитированием документов занимается обычно судебно-медицинский эксперт, так как клиницисты испытывают затруднения в этом процессе. Их роль состоит в том, что они выбирают из текстов места, подтверждающие их мнения по заданным вопросам, касающимся их специальности.

Принципы отбора информации для цитирования в заключении:

1) В первую очередь приводятся цитаты из постановления, определения, искового заявления, объяснения потерпевшего, из которых ясна основная фабула дела и суть претензий истца или потерпевшего к медицинским работникам.

2) Если пациент умер, приводятся содержание протокола патологоанатомического вскрытия или судебно-медицинского исследования трупа.

3) Если по данному делу уже проводились СМЭ, обязательно надлежит цитировать только данные, полученные экспертами при проведении собственных исследований, например результаты осмотра при СМЭ живого лица, судебно-химического, судебно-гистологического, медико-криминалистического исследования и т.д. Выводы и список исследованных материалов и использованных методов имеет смысл цитировать только при несогласии с ними или вопросе.

4) В медицинских картах стационарного больного, историях родов и развития новорожденного цитируется прежде всего выписной, переводной или посмертный эпикриз. Не относящиеся к делу данные лабораторных и инструментальных исследований из него можно опустить. Далее оценивается полнота эпикриза и наличие в нем информации, нужной для решения всех поставленных вопросов. Если ее недостаточно, цитируются необходимые места, например протоколы операций, дневники, где зафиксировано изменение состояния пациента, необходимые данные обследования, назначения и т.д.

5) Аналогично, из медицинской карты амбулаторного больного цитируется лист установленных диагнозов и те места, которые нужны для решения поставленных вопросов.

6) При исследовании диспансерной книжки беременной женщины и индивидуальной карты беременной и родильницы достаточно указать: какие виды обследования проведены и когда. Результаты стоит указывать, если они отклоняются от нормы или имеют особое значение для ответов на поставленные вопросы.

7) Из документов медико-социальной экспертизы, если не оспаривается ее результат и не задан вопрос о ее причине, обычно достаточно указать присвоенную группу инвалидности, дату и номер документа. Если вопрос о причине инвалидности задан, нужны еще диагноз и данные объективного исследования.

8) Если есть карта вызова скорой медицинской помощи и/или сопроводительный лист скорой медицинской помощи, надлежит отразить в заключении всё их содержание, кроме данных о социальном статусе пациента.

9) Данные ведомственных и прочих проверок и комиссий, экспертизы качества от страховых компаний можно принять к сведению, но приводить в заключении нет нужды, так как эксперты должны составлять собственное независимое мнение.

10) Из прочих медицинских документов и материалов дела или проверки, помимо перечисленного, важно обратить внимание на:

- протоколы допроса медицинских работников, предположительно допустивших ДОМП или работавших вместе с допустившими ДОМП (например, при подозрении на ДОМП хирурга стоит обратить внимание на результаты допроса анестезиолога, ассистента, операционной медсестры). Конкретно интерес представляют факты, отсутствующие в

медицинских документах, например о неисправности или отсутствии медицинского оборудования или о ситуации, когда из-за ухода в отпуск детского хирурга в выходной день в стационаре был только один дежурный хирург, а поступили почти одновременно двое больных, нуждавшихся в экстренном оперативном вмешательстве;

- трудовой договор и должностная инструкция медицинского работника, подозреваемого в ДОМП, так как может оказаться, что в его обязанности не входит действие, которое требовалось пациенту, но которое он не совершил или совершил неправильно [6];

- лицензия медицинского учреждения, работа которого оценивается, так как может оказаться, что оно не имеет лицензии на тот вид услуг, который требовался пациенту, но который оно не предоставило.

Подобные ситуации тоже являются ДОМП, но не лечебно-диагностическими, а организационными, и допущены не лечащими врачами, а должностными лицами, т.е. администрацией учреждения или здравоохранения.

Остальные документы, как показывает практика, либо бесполезны для решения поставленных вопросов, либо являются не медицинскими, а юридическими (например, договора) либо экономическими (сметы, чеки и квитанции), и их анализ и оценка выходят за пределы компетенции судебно-медицинских экспертов.

Особо надлежит отметить неинформативность объяснений, которые дают медицинские работники при первичном контакте со следователем и отсутствии конкретных вопросов с его стороны. Медицинские работники обычно некомпетентны в правовых вопросах, и когда следователь предлагает им объяснить, что произошло с определенным пациентом, они, вместо того чтобы объяснить причины неблагоприятного исхода, просто пересказывают содержимое медицинской карты этого пациента. Это не дает никакой новой информации ни следователю, ни судебно-медицинским экспертам, так как медицинская карта уже приобщена к делу.

Для документов, имеющих стандартную структуру (индивидуальная карта беременной, отражение течения родов на титульном листе истории родов, карта вызова скорой медицинской помощи и ее сопроводительный лист), удобно создать шаблоны в текстовом редакторе и при анализе документов только заполнять нужные графы (можно заранее заполнить их типовые варианты и при надобности заменять на нужные).

Это единственный способ сэкономить время, если текст рукописный или напечатан неразборчиво и не распознается компьютерными программами. Подобные шаблоны отражают анализ документа и помогают находить мелкие ДОМП в виде отсутствия оценки врачом тех или иных признаков, невыполнения обязательного исследования, неправильной дозировки препаратов и т.д.

### 3. Информационный поиск.

В отличие от СМЭ трупа или живого лица, в СМЭ по делам о ДОМП речь идет не о единичном конкретном событии, а о длинной цепочке событий, и оценка всех этих событий и их взаимосвязей требует анализа патогенеза всех имевшихся у пациента проявлений болезни. Для этого нужна теоретическая база в виде научно-медицинских знаний. При СМЭ трупа или живого лица такую базу судебно-медицинские эксперты приобретают еще в процессе обучения по специальности и могут легко найти в руководствах по судебной медицине, методических рекомендациях, монографиях и т.д.

При СМЭ по делам о ДОМП часть литературных источников предлагают члены комиссии клинических специальностей. Но судебно-медицинский эксперт обязательно проводит собственный информационный поиск с помощью Интернета. Ведь следователи и судьи почти всегда задают вопрос о соответствии медицинской помощи ведомственным нормативным документам: порядкам, стандартам, рекомендациям и протоколам. Для ответа на этот вопрос надлежит найти все указанные документы, относящиеся к данному случаю, и проверить соответствие им. С учетом непрерывного изменения этих документов поиск лучше повторять каждый раз заново.

Кроме того, нередко обнаруживается еще ряд нормативных документов, которые могут иметь отношение к проводимой СМЭ, например почти всегда приходится использовать Приказ Минздрава РФ от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

Главное назначение стандартов оказания медицинской помощи состоит в наличии в них перечня услуг, которые должны оказываться с частотой 1, т.е. всем пациентам. Неоказание любой из этих услуг без уважительной причины является ДОМП.

4. Проект выводов обычно готовит судебно-медицинский эксперт, так как он лучше прочих членов комиссии понимает, как сформулировать выводы, чтобы они были понятны и полезны юристам. Как показала практика, если выводы пытаются составить члены комиссии иных специальностей, то они вместо ответов на вопросы о конкретном пациенте и его лечении описывают само заболевание и надлежащее его лечение, используя при этом множество медицинских терминов. Если судебно-медицинский эксперт некомпетентен в решении какого-либо вопроса, он оставляет вопрос без ответа.

Обычно судебно-медицинские эксперты считают, что вопросы медицинские, но относящиеся не к судебной медицине, а к иным медицинским специальностям, в их компетенцию не входят.

Но это неверно, так как согласно Федеральному закону от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», ст. 13 «Профессиональные и квалификационные требования, предъявляемые к эксперту»,

«Должность эксперта в государственных судебно-экспертных учреждениях может занимать гражданин Российской Федерации, имеющий высшее профессиональное образование и прошедший последующую подготовку по конкретной экспертной специальности в порядке, установленном нормативными правовыми актами соответствующих федеральных органов исполнительной власти».

Поэтому стать судебно-медицинским экспертом можно, только получив сначала высшее медицинское образование, в ходе которого изучаются основы всех медицинских дисциплин. А если судебно-медицинский эксперт обязан знать эти основы, то запрет пользоваться этими знаниями при исполнении своих профессиональных обязанностей выглядит не просто необоснованным, но даже абсурдным.

Конечно, судебно-медицинский эксперт не может знать все тонкости всех медицинских специальностей. Но для решения экспертных вопросов часто достаточно основ. Кроме того, современная клиническая медицина в значительной мере стандартизирована - разработаны отраслевые стандарты оказания медицинской помощи при всех распространенных травмах и болезнях, да и само образование в медицинских вузах, содержание которого доступно в виде учебников и опубликованных в печати курсов лекций, тоже стандартизировано. Все эти стандарты при наличии Интернета и/или библиотеки доступны судебно-медицинскому эксперту, и ничто не препятствует ему ими пользоваться. Поэтому судебно-медицинский эксперт может отвечать на вопросы, касающиеся других медицинских специальностей, если его личных знаний, полученных в вузе, из учебников, отраслевых стандартов и прочих доступных ему нормативных документов и научных публикаций, достаточно для решения этих вопросов.

Проект заключения направляется по электронной почте всем членам комиссии, они его исправляют и дополняют и в случае необходимости дискутируют также по электронной почте, аудио- или видеосвязи.

5. Наиболее сложным всегда является вопрос о причинно-следственной связи неблагоприятного исхода и обнаруженных ДОМП, так как методик его решения до сих пор не разработано. Нами был предложен следующий вариант выполнения данной задачи:

- В некоторых случаях можно следовать принципу, который устанавливает, что причина должна предшествовать следствию во времени. С целью установления такого предшествования необходимо воссоздание последовательности действий в хронологическом порядке, учитывая время начала каждого заболевания, осложнения, а также проявления [6].

- Иногда неблагоприятный исход мог быть вызван причинами, которые обвиняемый не мог предвидеть и/или предотвратить.

К этому можно отнести:

Несвоевременное обращение за медицинской помощью, отказ от медицинских манипуляций, отсутствие комплаенса, а также различные виды самолечения, народная медицина, аггравация, симуляция и самоповреждения [6].

Отсутствие приверженности среднего медицинского персонала к назначениям врача.

Отсутствие необходимых ресурсов для оказания медицинской помощи.

Недостаточное пребывание пациента в клинике, когда врач не успел провести ряд необходимых диагностических процедур с целью установления диагноза.

Затруднение диагностического поиска и лечения в результате необычного течения заболевания, а также возникновение нестандартных реакций пациента на проводимое лечение. К этой же группе можно отнести атипичную локализацию патологического процесса, его редкость, молниеносное или бессимптомное течение, сочетание заболеваний [6].

Тяжесть состояния больного.

Ограниченность методов диагностики и лечения.

Недостаток практического опыта и квалификации врача (например, если заболевание относится не к его специальности, или при особо тяжелых заболеваниях и их формах, требующих высокотехнологичных методов диагностики и лечения, которыми рядовой врач не владеет) [6].

Объективной причиной ДОМП также считается болезнь или переутомление врача.

- Для установления большинства этих факторов необходим поиск в научно-медицинской литературе данных об исходах идеального лечения в случаях, подобных рассматриваемому, и о вероятности каждого варианта.

Например, при сепсисе даже в случаях идеального лечения смертность высока. При раннем лечении сепсиса она составляет не менее 30%. Но кроме того, летальность при выраженном сепсисе меньше, чем при латентном, почти в 2 раза. Причина столь парадоксального результата – в том, что легкий сепсис трудно диагностировать и при нем невозможно подобрать антибиотик прицельно под тот вид микробов, который поразил больного.

Поэтому признавать наличие прямой причинно-следственной связи между ДОМП и смертью больного в случае сепсиса практически всегда нет оснований.

### **Заключение**

Таким образом, для быстрого и качественного производства судебно-медицинской экспертизы по ДОМП необходимо следовать следующим пунктам: безупречное соблюдение требований процессуального законодательства, рациональный подход к отбору материала, качественный информационный поиск, правильное установление причинно-следственной связи между ДОМП и неблагоприятным исходом согласно предложенной методике.

Предложенная нами методика производства СМЭ по делам о ДОМП основана на современных научных данных и позволяет выполнять работу в сжатые сроки, а также в полном соответствии с законодательством.

### Список литературы

1. Подрубилина И.А., Бутенко О.С., Коссаковская О.Ю., Ерошенко А.Ю., Мартиросов В.Ю. Некоторые актуальные вопросы организации проведения судебно-медицинских экспертиз по "врачебным делам" на примере Ростовской области // Медицинское право. 2018. № 3. С. 40-44.
2. Шмаров Л.А. Проблемы причинности в судебно-медицинских экспертизах по "врачебным делам" // Судебно-медицинская экспертиза. 2021. Т. 64. № 1. С. 5-11.
3. Андреева С.Н., Гусаров А.А., Фетисов В.А. Анализ судебной практики по гражданским делам, связанным с дефектами оказания стоматологической помощи населению Российской Федерации за период с 1993 по 2017 г. // Судебно-медицинская экспертиза. 2018. Т. 61. № 3. С. 44-48.
4. Быховская О.А., Филатов А.И., Лобан И.Е., Исаков И.Д. Анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам в отношении медицинских работников // Судебно-медицинская экспертиза. 2018. Т. 61. № 5. С. 18-20.
5. Ковалев А.В., Кадочников Д.С., Мартемьянова А.А. Квалификация неоказания помощи больному в судебно-медицинской практике // Судебно-медицинская экспертиза. 2015. Т. 58. № 1. С. 4-7.
6. Галимов А.Р., Богомолова И.Н., Гаус Г.С. Стратегия юридической защиты медицинских работников по делам о дефектах оказания медицинской помощи // Евразийская адвокатура. 2019. Т. 40. № 3. С. 36-50.