

УДК 340.6

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА И ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА: АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ И ПРАВОВЫХ АСПЕКТОВ РЕЗОНАНСНОГО СУДЕБНОГО ДЕЛА

Г. С. Джулай¹, А. А. Бибикова^{2,3}, Н. С. Сдобнякова⁴, И. Е. Доминикан⁵

¹Кафедра факультетской терапии

ФГБОУ ВО Тверской государственной медицинский университет Минздрава России, Тверь

²ФГКУ «Судебно-экспертный центр Следственного комитета Российской Федерации»,
 Тверь

³Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии

ФГБОУ ВО Тверской государственной медицинский университет Минздрава России, Тверь

⁴ГБУЗ ТО «Областной клинический кардиологический диспансер», Тверь

⁵ГБУЗ ТО «Областной родильный дом», Тверь

Аннотация. Статья посвящена клиническим и правовым аспектам резонансного судебного дела по привлечению к уголовной ответственности медицинских работников за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей при оказании помощи пациентке молодого возраста с редким заболеванием сердца.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, клиническое наблюдение, правоприменительная практика, медицинские работники, ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей.

FORENSIC EXAMINATION AND LAW ENFORCEMENT PRACTICE: ANALYSIS OF CLINICAL AND JURIDICAL ASPECTS OF THE HIGH-PROFILE COURT CASE

G. S. Dzhulay¹, A. A. Bibikova^{1,2}, N. S. Sdobnyakova³, I. Ye. Dominikan⁴

¹Tver State Medical University,

²Forensic Expert Center of the Investigative Committee of the Russian Federation, Tver

³Regional Clinical Cardiology Dispensary, Tver,

⁴Regional maternity hospital, Tver

Abstract. The article is devoted to the clinical and juridical aspects of a high-profile court case on bringing medical workers to criminal liability for improper performance of professional duties in providing care to a young patient with a rare heart disease.

Key words: forensic medical examination, clinical observation, law enforcement practice, medical workers, improper performance of professional duties.

Введение

Обучаясь ведению медицинской документации, студенты знакомятся с профессиональным афоризмом — «история болезни пишется для прокурора», что в ряде случаев оказывается отнюдь не назидательной шуткой для третьекурника. В силу несовершенства наших знаний о природе человека, сущности патологических процессов и действия так называемого «человеческого фактора» медицинская практика всегда сопряжена с риском причинения вреда пациенту и, соответственно, имеет правовой аспект деятельности. Особый статус медицинских работников связан с тем, что от их надлежащего поведения в профессиональной сфере зависит соблюдение наиболее важных конституционных прав граждан России — права на жизнь и права на здоровье.

Статья 37 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. регламентирует на территории РФ обязательные для исполнения всеми медицинскими

организациями порядка оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи (за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации) и клинические рекомендации по отдельным нозологиям.

В настоящее время во всех регионах РФ наблюдается увеличение числа случаев обращения в Следственный комитет Российской Федерации лиц, пострадавших от действий медицинских работников, либо их родственников. Причины этого многообразны и, с одной стороны, обусловлены доступностью медицинской литературы часто с ошибочной интерпретацией непрофессионалами, а также с широко растиражированной информацией о получении материальной компенсации при подаче гражданских исков на медицинские организации и лично на медицинских работников при неблагоприятных исходах. С другой стороны, имеют место и случаи отсутствия должного внимания медицинских работников к пациентам ввиду их большого потока и на фоне

кадрового дефицита медиков, нарушения общепринятых норм этики и деонтологии при общении с пациентами и коллегами.

Экспертизы, связанные с оказанием медицинской помощи пациентам, социально значимы, особенно если это касается детей, лиц молодого возраста, беременных и рожениц. Подобные дела привлекают внимание следственных органов и общества. Истории о причинении вреда здоровью пациентов в средствах массовой информации сопровождаются общественным резонансом и порождают судебные иски к медицинским учреждениям разной формы собственности, а также к конкретным медицинским работникам — сертифицированным врачам разных специальностей, фармацевтам, фельдшерам, акушеркам, медицинским сестрам.

Объективность расследования дел о профессиональных правонарушениях медицинских работников и принимаемых судебных решений находится в прямой зависимости от компетентности, глубины и научной обоснованности экспертных выводов. Заключение комиссионной судебно-медицинской экспертизы по данной категории дел (как уголовных, так и гражданских) является основным источником доказательств, реально и непосредственно влияющих на обоснованность, законность и справедливость принимаемых правоприменительными органами решений о юридической ответственности медицинского персонала [1].

При этом любая судебно-медицинская экспертиза, связанная с решением вопроса о неблагоприятном исходе в медицинской практике, уже с момента назначения обречена на оспаривание хотя бы одной из сторон. Следует отметить, что чем выше уровень сложности работы, профессионализма и принципиальности эксперта, тем более серьезное сопротивление будет наблюдаться со стороны ответчика [2–3]. В Российской Федерации сложилась практика назначения судебно-медицинской экспертизы с привлечением экспертов по профилю рассматриваемой медицинской проблемы из числа авторитетных специалистов высокой профессиональной квалификации. В соответствии со ст. 207 УПК РФ, в случае возникновения сомнений в обоснованности заключения или наличия противоречий в выводах экспертов может быть назначена повторная экспертиза, производство которой поручается другому эксперту/комиссии экспертов. Для повышения объективности выводов проведение повторной экспертизы Следственный комитет РФ, как правило, назначает в другой регион страны.

Важнейшим вопросом, решаемым в ходе судебно-медицинской экспертизы, является установление причинно-следственной связи между оказанием (неоказанием) медицинской помощи и наступлением неблагоприятных последствий и действиями (бездействием) медицинского работника и наступлением вреда здоровью. Причем ответственность медицинского работника за профессиональные правонарушения наступает в случае прямой причинно-следственной связи, т.е. когда причина непосредственно привела к следствию [4].

По результатам комиссионных судебно-медицинских экспертиз прямая причинно-следственная связь устанавливается в среднем в 10–15 % случаев, тогда как дефекты оказания медицинской помощи — в 40–60 % случаев: дефект оказания медицинской помощи далеко не всегда влечет за собой причинение вреда здоровью и наступление неблагоприятного исхода.

Проводя судебно-медицинскую экспертизу по так называемому «врачебному делу», экспертная комиссия в первую очередь должна анализировать соблюдение регламентирующих документов, а также руководствоваться критериями оценки качества медицинской помощи, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.07.2015 № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Экспертная комиссия, оценивая действия медицинских работников, главным образом, анализирует данные медицинской документации по конкретному случаю, соотносит их с существующими нормативными актами: порядками оказания медицинской помощи, стандартами оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями. Выводы экспертной комиссии основываются на информации, имеющейся непосредственно в медицинской документации. При этом медицинская документация, с одной стороны, выступает основным доказательством по делу и, с другой стороны, объектом судебной экспертизы. Медицинская документация составляется в каждом случае обращения за медицинской помощью и отражает процесс развития заболевания, выбранную тактику лечения на всех его этапах. Экспертиза документов позволяет сделать выводы о направленности действий медицинского работника, аргументации выбора способов проведения диагностических и лечебных медицинских мероприятий. По ним можно проследить взаимосвязь действий и последствий оказанной медицинской помощи.

В качестве примера комиссионной судебно-медицинской экспертизы по установлению причинно-следственных связей между наступлением неблагоприятных последствий и действиями (бездействием) медицинского работника приводим клиническое наблюдение редкой патологии сердца. На экспертизу представлены копии материалов уголовного дела; медицинские карты стационарного больного за 2018–2019 гг. и медицинская карта амбулаторного больного из поликлинического отделения; карты вызова скорой помощи на день смерти 27.12.2019 г.; гистологический архив (стекла, блоки, влажный архив) трупного материала.

Клиническое наблюдение

Из представленной документации, включая протоколы допросов потерпевших и свидетелей по делу, известно следующее. Пациентка С. 1996 года рождения (23 года), офисная служащая, поздно вернулась с работы и после ужина с родителями примерно в 23³⁰ направилась в свою комнату, не испытывая каких-либо недомоганий. Около 4⁰⁰ она разбудила мать, пожаловавшись на сильные тупые боли в грудной

клетке и в области грудины («как будто пинают»), озноб, однократную рвоту, головную боль, была сильно испугана. Ранее подобных ощущений не испытывала. Матерью зарегистрировано артериальное давление 190/100 мм рт. ст. В анамнезе у пациентки с 2018 г. бронхиальная астма смешанного генеза, тяжелое персистирующее неконтролируемое течение, ДН₀. Сенсибилизация к группе бытовых, пылевых, эпидермальных, пищевых аллергенов. Артериальная гипертензия 1 стадии. Ожирение 2 степени, экзогенно-конституционального генеза (ИМТ=36 кг/м²), дисменорея. По поводу бронхиальной астмы неоднократно госпитализировалась, последний раз за полгода до описываемой ситуации.

Вызванная бригада скорой медицинской помощи приехала через 10–15 минут. Ответственным фельдшером М. проведен опрос, осмотр с пальпацией и перкуссией грудной клетки и установлен диагноз «Синдром головной боли, выраженный болевой синдром. Бронхиальная астма, персистирующая, смешанная, гормонозависимая, средней тяжести. ДН 0-1».

Поскольку интенсивность болевых ощущений не уменьшались, после уточнения сопутствующей патологии (бронхиальная астма) и отсутствия лекарственной непереносимости к нестероидным противовоспалительным препаратам, фельдшером введен внутримышечно препарат Кеторолак («Долак»), рекомендовано обращение к неврологу и дополнительный прием препарата Нимесулид («Найз»), госпитализация сочтена нецелесообразной. Через 5–10 минут после инъекции бригада медиков уехала, однако самочувствие стало прогрессивно ухудшаться — боли усилились, появилось ощущение нехватки воздуха, переходящее в удушье, появилась пенная мокрота изо рта, нарастал цианоз и похолодание конечностей. Повторное измерение артериального давления выявило его резкое снижение до 90/50 мм рт. ст. Пациентка несколько раз теряла сознание.

Вызванная повторно другая бригада фельдшеров застала пациентку в состоянии клинической смерти (на ЭКГ — асистолия), проводила в течение 30–35 минут реанимационные мероприятия до появления признаков биологической смерти, констатировала смерть больной.

В протоколе судебно-медицинского исследования отмечены особенности строения легких и сердца. В просвете трахеи и крупных бронхов большое количество кровянистой пенной жидкости, слизистая их серо-розовая с фиолетовым оттенком, без кровоизлияний. Легкие тестовато-эластичной консистенции серо-красного цвета с синюшным оттенком, на разрезе темно-красного цвета, с поверхностью разрезом стекает темно-красная жидкая пенная кровь в большом количестве. Масса правого легкого 500 г, левого — 480 г. В сердечной сорочке прозрачная желтоватая жидкость. Сердце размерами 11 × 12 × 7 см, обложено умеренным количеством жировой ткани. Полости сердца расширены. В полостях сердца темно-красная жидкая кровь с единичными темно-красными сгустками. Сосочковые мышцы конусовидные. Хордальные нити не укорочены и не утолщены. Клапаны сердца, аорты и легочной артерии не утолщены,

эластичные. Ширина устья аорты над клапанами 6 см, легочной артерии 8 см. Устья венечных артерий сердца свободны. Просвет венечных артерий проходим, с множественными плоскими серовато-желтыми бляшками и полосками. Мышца сердца дряблая на ощупь. На разрезах: с множественными мелкоочаговыми участками прорастания соединительной ткани на передней и задней стенках левого желудочка, в остальных областях пестрой серо-желто-красной окраски с наибольшей интенсивностью на передней стенке левого желудочка и межжелудочковой перегородке. Толщина мышечной стенки желудочков: правого 0,3 см, левого 1,4 см, межжелудочковой перегородки 0,7 см, масса сердца 410 г. Сердечный индекс 0,004. Раздельное взвешивание отделов сердца: правое предсердие и желудочек 110 г, левое предсердие и желудочек 300 г. В просвете аорты жидкая темно-красная кровь. Внутренняя поверхность аорты желтого цвета, гладкая, блестящая. Парааортальные лимфатические узлы не увеличены.

В трупной крови определено содержание глюкозы 10,1 ммоль/л, сердечного тропонина I — резко положительная реакция; в перикардальной жидкости — сердечного тропонина I — резко положительная реакция.

Гистологическое исследование в рамках проведения повторной комиссионной судебно-медицинской экспертизы позволило детализировать имеющиеся судебно-гистологические находки и дать им уточняющую интерпретацию. В частности, со стороны сердца отмечено: эпикард тонкий, субэпикардially неравномерное, местами резко выраженное разрастание жировой ткани. Мелкие субэпикардially сосуды широкие, полнокровные, в одном из препаратов поперечный срез относительно крупной экстрамуральной ветви коронарной артерии с полулунной формы фиброзной атеросклеротической бляшкой, суживающей просвет сосуда на 1/3 диаметра без повреждения покрышки. Неравномерно выраженный отек стромы миокарда, выраженные дистрофические изменения, фрагментация, волнообразная деформация, глыбчатый распад миоцитов. Неравномерное полнокровие мелких интрамуральных сосудов миокарда, в просвете одной из мелких артерий фибриновый тромб. В миокарде множественные мелкие очаги воспалительной инфильтрации из нейтрофилов, эозинофилов, лимфоцитов, плазматических клеток, мелкие очаги фиброза и липоматоза, местами фиброзные футляры вокруг миоцитов, неравномерная гипертрофия миоцитов.

В препаратах, окрашенных железным гематоксилином по Рего, группы мышечных волокон интенсивно окрашены в черный или темно-серый цвет (поврежденные кардиомиоциты) и чередуются с участками, окрашенными в светло-серый цвет (неповрежденные миокардиоциты).

Легкие: альвеолярный отек, полнокровие сосудов, мелкие внутриальвеолярные кровоизлияния, стенки бронхов утолщены, с лимфоидной инфильтрацией, местами — десквамацией бронхиального эпителия, перибронхиальный и периваскулярный мелкоочаговый пневмосклероз, очаги эмфиземы, участки дистелектазов легочной ткани.

Экспертная комиссия пришла к следующим выводам: имеет место хронический активный межсуставный миокардит, мелкоочаговый кардиосклероз и липоматоз миокарда, дистрофические изменения и гипертрофия кардиомиоцитов, морфологические признаки нарушения сердечного ритма (фрагментация, волнообразная деформация, глыбчатый распад мышечных волокон) и острого гипоксического миокардиального повреждения миоцитов (окраска по Рего положительная, что является индикатором мозаичности метаболических изменений кардиомиоцитов; признаки острого нарушения кровообращения во внутренних органах в виде полнокровия сосудов, мелких периваскулярных кровоизлияний, отека легких и отека головного мозга; признаки хронической патологии легких (хронический бронхит, пневмосклероз, эмфизема легких), выраженная жировая дистрофия печени.

С учетом патологических изменений, описанных при судебно-медицинском вскрытии и повторном микроскопическом исследовании секционного материала, комиссия экспертов пришла к заключению, что у С., 1996 года рождения, имелась дилатационная кардиомиопатия инфекционной этиологии, развившаяся как закономерное финальное проявление текущего хронического активного миокардита. Это подтверждается: выраженным увеличением размеров и массы сердца (размеры $11 \times 12 \times 7$ см (при средней норме для женщин до $8,5 \times 9,2 \times 4$ см), масса 410 г (при норме для женщин данной возрастной группы 250 г) с расширением полостей сердца при нормальных значениях толщины миокарда; при микроскопическом исследовании — наличием воспалительной инфильтрации, мелких очагов кардиосклероза, неравномерной гипертрофии миоцитов. Данная патология сердца протекала до определенного времени бессимптомно (или малосимптомно), без клинических признаков сердечной недостаточности.

Обсуждение

Приведенное клиническое наблюдение привлекает внимание как с точки зрения нераспознанного при жизни достаточно редкого (3–10 случаев на 100 тыс. населения) и тяжелого заболевания сердца — дилатационной кардиомиопатии (ДКМП), так и с точки зрения наказуемых ошибок медицинских работников [5–6].

Этиопатогенез ДКМП продолжает активно исследоваться и обсуждаться в аспекте роли наследственности [7], вирусных инфекций [8], дисгормонов, иммунных реакций и их сочетаний [9], эволюционной связи с миокардитами [5–6, 10–11]. Оцениваются прогностические риски заболевания как причины внезапной смерти [12–14], разрабатываются методы лечения, основанные на использовании высоких технологий [5, 15–16], однако обнадеживающий результат пока дает только трансплантация сердца.

Если говорить о ДКМП у пациентки С., то, как показывает ретроспективный анализ медицинской документации, заболевание имело несколько типичных клинических черт. В частности, развилось у пациентки молодого возраста на фоне дисгормоноза (ожирение, дисменорея, пролонгированный прием

кортикостероидов в комплексной терапии бронхиальной астмы), имеет все типичные морфологические черты активного миокардита с трансформацией в ДКМП и прогрессирующий миокардиальный фиброз [17] и закономерные осложнения — фатальные нарушения ритма, острое гипоксическое повреждение миокардиоцитов с клиническими проявлениями сердечно-болевого синдрома, острая сердечная недостаточность с клиникой альвеолярного отека легких [5]. Выявленные в настоящем наблюдении морфологические изменения сердца, как на макроскопическом, так и на микроскопическом уровне отчетливо подтверждают естественную эволюционную последовательность развития ДКМП, начиная от миокардита через ДКМП к фиброзу. Наличие сформированной кардиомегалии с расширением полостей сердца и без увеличения толщины его стенок не получило должной оценки ни при стационарном лечении пациентки за полгода до наступления смерти, ни при осмотре бригадой СМП в день смерти, что не противоречит малосимптомному началу течения ДКМП [10–11].

Экспертная комиссия учитывала клинический аспект данного наблюдения и пришла к выводу, что непосредственной причиной смерти С. явилась острая левожелудочковая сердечная недостаточность в форме альвеолярного отека легких и фатальное нарушение сердечного ритма (возможно — фибрилляция желудочков сердца). Это явилось проявлением ДКМП инфекционной этиологии, развившейся при текущем хроническом активном миокардите в условиях отягощенного преморбидного фона (стероидозависимая бронхиальная астма, универсальное ожирение) [7, 9–10]. Это подтверждается:

- выраженным увеличением размеров и массы сердца;
- расширением полостей сердца при нормальных значениях толщины миокарда;
- гистологическими изменениями — наличием воспалительной инфильтрации в строме миокарда, мелких очагов кардиосклероза, неравномерной гипертрофии миоцитов, морфологическими признаками нарушения ритма в виде фрагментации, волнообразной деформации, глыбчатого распада мышечных волокон, гипоксическими повреждениями кардиомиоцитов (черная и темно-серая окраска по Рего отдельных кардиомиоцитов);
- биохимическими данными — резко положительная реакция на наличие тропонина I в перикардиальной жидкости.

Анализ процесса диагностики и выбора лечебной тактики фельдшерской бригадой скорой медицинской помощи при ведении С., экспертная комиссия расценила как проявление формального подхода к клинической проблеме: наличие боли в грудной клетке расценили как признак невралгии и назначили обезболивающее средство без учета противопоказаний и ограничений к применению. При этом фельдшерами бригады скорой медицинской помощи не были приняты во внимание факторы риска раннего развития заболевания сердца, соответственно, и не было предпринято каких-либо действий по их

диагностике, начиная с записи ЭКГ, которая должна была быть снятой на вызове, что могло повлиять на установление диагноза и дальнейшую тактику лечения. Тем более что изменения на электрокардиограмме больных с ДКМП, как следует из данных литературы, весьма демонстративны на стадии болезни С., хотя и неспецифичны [5, 18]. Выявленные при судебно-медицинском исследовании макроскопические изменения сердца в виде увеличения размеров сердца, расширения полостей его камер не могли не отразиться на электрокардиограмме и, как минимум, дать основания заподозрить патологию сердечно-сосудистой системы. Менее точно можно высказать о наличии признаков ишемических повреждений и нарушениях сердечного ритма.

Соответственно, отсутствие регистрации ЭКГ (как грубое нарушение алгоритма диагностических действий при болевых ощущениях в грудной клетке) при вызове фельдшерской бригады скорой медицинской помощи оказало непосредственное негативное влияние на диагностику поражения сердца, оценку показаний для госпитализации и выбор лечебной тактики. Таким образом, прослеживается прямая причинно-следственная связь между недооценкой состояния С. медицинскими работниками первой бригады СМП и неблагоприятным исходом (смертью) С.

В приговоре районного суда по делу фельдшера М. указано, что она, являясь ответственным фельдшером выездной общепрофильной бригады и действуя небрежно, ненадлежащим образом исполняла свои профессиональные обязанности. При наличии возможности в полном объеме оказать С. медицинскую помощь, фельдшер, в нарушение норм и правил, недостаточно собрала анамнез и не детализировала жалобы; при объективном осмотре не провела электрокардиографию; некорректно установила основной диагноз «Синдром головной боли»; в диагнозе не отразила наличие болезненности при пальпации грудной клетки; в карте не указала динамическое наблюдение больной после вызова скорой медицинской помощи (обращение в ЛПУ, наблюдение на дому, последующие обследования и т.п.); выбрала обезболивающее средство из группы нестероидных противовоспалительных препаратов («Кеторолак»/«Долак»), не соответствующее рекомендации их использования у больных бронхиальной астмой (с осторожностью, по строгим показаниям и под наблюдением врача); не приняла во внимание факторы риска раннего развития заболевания сердца и не предприняла никаких действий по их диагностике, начиная с записи ЭКГ; не провела дифференциальную диагностику бронхиальной и сердечной астмы. Совершая выше указанное, фельдшер М. ненадлежащим образом исполняла свои профессиональные обязанности, действовала небрежно, не предвидела возможности наступления общественно опасных последствий в виде смерти С., хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должна была и могла предвидеть эти последствия.

Суд, руководствуясь положениями ч. 2 ст. 43, ст. 60 УК РФ, признал фельдшера М. виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109

УК РФ, и назначил наказание в виде ограничения свободы на срок 1 год 6 месяцев. Поданная апелляционная жалоба в Верховный суд республики оставлена без удовлетворения.

Следует пояснить, что преступления, совершаемые медицинскими работниками при исполнении своих профессиональных обязанностей, подразумевают любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушению функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или смерти. Также к ятрогениям отнесены осложнения медицинских мероприятий, развившиеся в результате как ошибочных, так и правильных действий или бездействий врача. Медицинские работники привлекаются к уголовной ответственности чаще всего за ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей при оказании помощи пациенту, повлекшее причинение смерти по неосторожности; причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности; заражение ВИЧ-инфекцией; неоказание помощи больному (ст. 109, 118, 122, 124 УК РФ). Также возможна квалификация действий медицинского работника по ст. 238 УК РФ, если при оказании медицинской помощи он в нарушение установленного порядка оказания медицинской помощи (медицинской услуги) применил приемы или способы, не отвечающие требованиям безопасности жизни или здоровья человека (потребителя услуги).

Заключение

Приведенный клинический случай демонстрирует во всех смыслах «скорбную» историю болезни 23-летней С., страдавшей редкой патологией сердца с весьма серьезным прогнозом и высоким риском смерти. Сегодня можно рассуждать о том, как в иных обстоятельствах сложилась бы ее судьба, удалось бы купировать отек легких, профилактировать фатальные нарушения ритма сердца, реально ли было проведение ресинхронизирующих технологий, трансплантации сердца. И с высокой степенью вероятности на эти вопросы можно дать отрицательный ответ. Однако действия медицинского персонала выездной бригады СМП, базирующиеся на формальном подходе к своему делу, не оставили пациентке молодого возраста ни малейшего шанса на жизнь.

Как правило, детали судебно-медицинских экспертиз по медицинским случаям остаются вне поля зрения профессионального сообщества, редко обсуждаются в кругу специалистов. Поэтому у обучающихся в вузах и молодых врачей складывается ошибочное впечатление, что наказания за ненадлежащую практику если и существуют, то к ним не могут иметь непосредственного отношения, а написание «истории болезни для прокурора» — не более чем старая «заезженная» шутка. Мы, окунувшись в трагические обстоятельства представленного клинического наблюдения, с высоты личного опыта хотим напомнить коллегам о необходимости совершенствования не только профессиональной, но и правовой подготовки в вопросах уголовной ответственности за преступ-

ления, совершаемые при исполнении профессиональных обязанностей. Может быть, есть смысл при разборе учебных историй болезни и клинических (ситуационных) задач затрагивать и правовые вопросы, связанные с ятрогениями и выбором лечебной тактики в отношении пациента.

Список источников /References

1. Козлов С.В. Медицинское происшествие. Проблемы правоохранительной деятельности. 2013; 2 : 13–17.
2. Ерофеев С.В., Каменская Н.А., Кукушкина И.С., Малахов Н.В., Павлова Н.В. Экспертная оценка неблагоприятного исхода медицинской помощи: проблемы и возможные пути их решения. Медицинское право: теория и практика. 2015; 1 (1): 210–221.
3. Ерофеев С.В., Эделев Н.С., Малахов Н.В., Семенов А.С. Проблема экспертной оценки неблагоприятного исхода медицинской помощи: мониторинг, развитие и современное состояние. Судебная медицина. Наука. Практика. Образование. 2017; 3 (1): 4–8.
4. Шиманская С.В. Причинно-следственная связь как условие гражданско-правовой ответственности при осуществлении медицинской деятельности. Медицинское право. 2010; 4 : 32–36.
5. Моисеев В.С., Киякбаев Г.К., Лазарев П.В. Кардиомиопатии и миокардиты. — Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2020 : 512.
6. Merlo M., Cannatà A., Gobbo M., Stolfo D., Elliott P.M., Sinagra G. Evolving concepts in dilated cardiomyopathy. Eur J Heart Fail. 2018; 20 (2) : 228–239. doi: 10.1002/ejhf.1103
7. Ворганова К.С. Дилатационная кардиомиопатия: клинические и молекулярно-генетические предпосылки. University Therapeutic Journal. 2021; 3 (2): 64–72.
8. Вайханская Т.Г., Гуль Л.М., Сидоренко И.В., Курушко Т.В., Шумовец В.В., Севрукевич В.И., Богущ З.Ф., Амвросьева Т.В. Вирусные кардиотропные инфекции и дилатационная кардиомиопатия. Кардиология в Беларуси. 2013; 5 (30): 39–58.
9. Галеева З.М., Галявич А.С., Балеева Л.В., Сабирзянова А.А., Галимзянова Л.А., Голубева Г.А. О причинах дилатационной кардиомиопатии в молодом возрасте. Южно-Российский журнал терапевтической практики. 2022; 3 (3): 85–90. doi: 10.21886/2712-8156-2022-3-3-85-90
10. Новиков Ю.И., Стулова М.А., Константинова Е.В. Дилатационная кардиомиопатия как исход бессимптомных и субклинических миокардитов. Клиническая медицина. 2004; 82 (6) : 22–27.
11. Harding D., Chong M.H.A., Lahoti N., Bigogno C.M., Prema R., Mohiddin S.A., Marelli-Berg F. Dilated cardiomyopathy and chronic cardiac inflammation: Pathogenesis, diagnosis and therapy. J Intern Med. 2023; 293 (1) : 23–47. doi: 10.1111/joim.13556
12. Гордеева М.В., Митрофанова Л.Б., Пахомов А.В., Велеславова О.Е., Берман М.В., Лаврентюк Г.П., Платонов П.Г., Шубик Ю.В. Внезапная сердечная смерть молодых людей. Вестник аритмологии. 2012; 68 : 34–44.
13. Внезапная сердечная смерть / под ред. Е.В. Шляхто, Г.П. Арутюнова, Ю.Н. Беленкова, А.В. Ардашева. Москва : ИД «Медпрактика-М. 2015 : 704.
14. Пиголкин Ю.И., Кактурский Л.В., Шилова М.А., Глоба И.В. Судебно-медицинская диагностика внезапной смерти лиц молодого возраста. Москва: Изд-во РАН. 2018: 98.
15. Завадовский К.В., Саушкин В.В., Варламова Ю.В., Мишкина А.И., Шипулин В.В., Лебедев Д.И., Попов С.В. Механическая диссинхрония в прогнозе ответа на ресинхронизирующую терапию у пациентов с дилатационной кардиомиопатией. Кардиология. 2021; 61 (7) : 14–21. doi: 10.18087/cardio.2021.7.n1420
16. Navarro Martínez J., Keituaqwa Yáñez I., Nicolás Franco S. Cardiac resynchronization therapy rapid response in a dilated cardiomyopathy due to Chagas disease. Med Intensiva (Engl Ed). 2022; 46 (12) : 726–727. doi: 10.1016/j.medine.2022.07.010
17. Prasad S.K., Halliday B.P. Myocardial Fibrosis in Dilated Cardiomyopathy: Moving From Stratifying Risk to Improving Outcomes. JACC Cardiovasc Imaging. 2021; 14(7) : 1351–1353. doi: 10.1016/j.jcmg.2021.03.015
18. Finocchiaro G., Merlo M., Sheikh N., De Angelis G., Papadakis M., Olivotto I., Rapezzi C., Carr-White G., Sharma S., Mestroni L., Sinagra G. The electrocardiogram in the diagnosis and management of patients with dilated cardiomyopathy. Eur J Heart Fail. 2020; 22 (7) : 1097–1107. doi: 10.1002/ejhf.1815

Джулай Галина Семеновна (контактное лицо) — д. м. н., профессор, заведующая кафедрой факультетской терапии ФГБОУ ВО Тверской государственной медицинской университет Минздрава России; 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4; Тел. 8-903-630-98-08; e-mail: djoulai@mail.ru

Поступила 27.02.2023.