

И. А. Концевич

ДОЛГ
и
ОТВЕТСТВЕННОСТЬ
ВРАЧА

(судебно-медицинские аспекты)

Киев
Головное издательство
издательского объединения
«Вища школа»
1983

51.1(2)
К65

УДК 614.256/28(07)

Рекомендовано Министерством здраво-
охранения УССР в качестве учебного
пособия для студентов медицинских
институтов

Долг и ответственность врача (судебно-медицинские аспекты) / И. А. Концевич. — Киев: Вища школа. Головное изд-во. 1983. — 112 с.

В учебном пособии освещаются некоторые вопросы врачебной этики и медицинской деонтологии, а также ответственность врача за профессиональные правонарушения.

Особое внимание уделено рассмотрению вопроса об ответственности врачей за умышленные профессиональные правонарушения (неоказание помощи больному, незаконное производство аборт, халатность, служебный подлог, незаконное врачевание и т. д.) со ссылками на соответствующие статьи Уголовного кодекса УССР. Приводятся конкретные примеры из судебно-медицинской экспертной практики.

Анализируются особенности проведения судебно-медицинской экспертизы «врачебных дел» и пути предупреждения профессиональных правонарушений, допускаемых медицинскими работниками.

Для студентов медицинских институтов. Может быть полезна также для практических врачей и судебно-следственных работников.

Библиогр.: 77 назв.

Рецензенты: д-р мед. наук профессор А. И. Туровец (Ивано-Франковский медицинский институт), канд. мед. наук доц. А. И. Муханов (Тернопольский медицинский институт)

Редакция литературы по медицине и физической культуре

ОТ АВТОРА

В настоящее время вопросам морально-нравственного и правового воспитания в нашей стране уделяется большое внимание. Конкретные задачи в этом отношении четко изложены в решениях XXVI съезда КПСС, постановлениях ЦК КПСС «О дальнейшем улучшении идеологической, политико-воспитательной работы» (1979 г.) и «Об улучшении работы по охране правопорядка и усилении борьбы с правонарушениями» (1979 г.).

Моральные принципы, сформулированные в Программе КПСС, являются обязательными для всех советских людей, и в частности для врачей. Вместе с тем к профессии врача предъявляются особые этические требования. Ведь ни одному представителю любой другой профессии не приходится так глубоко вникать в человеческую жизнь, в ее биологические и социальные стороны, как врачу. Между врачом и больным складываются особые, исключительные взаимоотношения. По справедливому высказыванию известного теоретика медицины Д. И. Писарева [56, 12], врач видит перед собой не просто больного, а человека со всеми особенностями его характера и переживаниями, обусловленными не только болезнью, но и всей его жизнью. Специфика врачебной деятельности заключается также и в том, что пожалуй, ни в одной другой профессии последствия даже малейшей допущенной ошибки или небрежности не приобретают такого большого значения.

Врачебная деятельность регламентируется как морально-этическими, так и правовыми нормами, которые между собой связаны настолько тесно и неразрывно, что их зачатую трудно четко разграничить.

Проблема взаимоотношений врача и пациента по-прежнему актуальна и волнует как медиков, так и тех, кто обращается к ним за помощью.

В процессе многовековой врачебной практики складывались особые нормы этих взаимоотношений, что обусловило формирование врачебной этики и деонтологии, которые в настоящее время, в период бурного научного прогресса

410100000—105

К 287—83

М211(04)—83

© Издательское объединение
«Вища школа», 1983

и узкой специализации медицины, приобретают новое звучание и особое значение.

В последние годы проблемам врачебной этики и деонтологии посвящено много специальных работ [9; 21; 56; 31; 18], они обсуждались на многих международных и отечественных конгрессах, симпозиумах, конференциях.

В 1967 г. в Париже состоялся II Международный конгресс по медицинской этике, в 1969 г. в Москве проходила I Всесоюзная конференция по деонтологии, в 1970 г. эти вопросы обсуждались на Международном конгрессе историков медицины в Бухаресте. Внимание участников специального симпозиума Международного конгресса, проходившего в Варне в 1973 г., было сосредоточено на этико-деонтологических вопросах медицины в условиях научно-технической революции. В 1977 г. в Москве состоялась II Всесоюзная конференция по деонтологии.

VII сессия Верховного Совета СССР в 1969 г. утвердила Основы законодательства Союза СССР и союзных республик о здравоохранении. Впервые в истории человечества был разработан и принят государственный кодекс здоровья. Основные принципы советского здравоохранения — профилактика с проведением широких оздоровительных и санитарных мер по предупреждению возникновения и развития болезней, общедоступность, бесплатность медицинской помощи — приобрели характер закона.

Новым проявлением заботы о человеке, о труженике нашей страны явились постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения» (1977 г.), «О дальнейшем развитии высшей школы и повышении качества подготовки специалистов» (1979 г.) и «О дополнительных мерах по улучшению охраны здоровья населения» (1982 г.), в которых особое внимание уделяется морально-этическим и деонтологическим принципам в деятельности врачей.

В основе взаимоотношений врача и больного в нашей стране лежит право больного на бесплатную медицинскую помощь и обязанность врача оказать ему эту помощь. Эти взаимоотношения определяются как юридическими, так и этическими нормами.

Как известно, взаимоотношения людей в обществе регулируются экономическими, морально-этическими и правовыми нормами. В социалистическом обществе закон охраняет интересы народа. Он регулирует деятельность государственных учреждений, общественных организаций, должностных лиц, определяет правовые положения советских граждан. Сила закона заключается в строгом и не-

укоснительном его соблюдении. Нарушение правовых норм влечет за собой ответственность, предусмотренную советским законодательством. Однако охватить все стороны человеческих взаимоотношений юридическими нормами невозможно.

В отличие от правовых морально-этические нормы не закреплены законом, и за их нарушения человек не привлекается к судебной ответственности. Однако многие вопросы, связанные с деятельностью врача, его взаимоотношениями с больными, находятся на грани между морально-этическими и правовыми, это такие, например, как возникновение язвенных заболеваний, проблемы эвтаназии, трансплантации органов и тканей, оценка неблагоприятных исходов после лечебных мероприятий и оперативных вмешательств и т. д.

С 1976 г. на всех факультетах медицинских вузов введено преподавание «Советского права» как составной части профессиональной подготовки врачей, а в 1978 г. была утверждена учебная программа этого курса.

Правовому воспитанию студентов-медиков на кафедрах судебной медицины всегда уделялось большое внимание. Ведь судебно-медицинская экспертиза служит целям и задачам советского социалистического правосудия. В то же время ее деятельность направлена на всемерное содействие органам здравоохранения в улучшении качества лечебной помощи населению и проведении профилактических мероприятий.

В настоящей работе мы попытались осветить некоторые вопросы врачебной этики и медицинской деонтологии, показать на отдельных примерах последствия нарушений морально-этических и деонтологических норм и их прямую связь с правовыми нормами.

В специальной главе излагаются основы правовой регламентации врачебной деятельности с использованием конкретных материалов судебно-медицинской экспертизы.

Особое внимание уделено рассмотрению проблем ответственности врачей за профессиональные правонарушения — со ссылками на соответствующие статьи Уголовного кодекса УССР; анализируются также врачебные ошибки и несчастные случаи в медицинской практике.

В работе рассматриваются пути предупреждения профессиональных правонарушений медицинских работников.

Ознакомление с этими материалами может оказаться полезным как для студентов-медиков, так и для врачей и будет способствовать предупреждению подобных правонарушений в будущем.

ВВЕДЕНИЕ

Как бы ни были актуальны сегодня проблемы ускоренного развития медицинской науки и внедрения ее достижений в практику здравоохранения, расширения и укрепления материальной базы лечебно-профилактических учреждений, оснащения их новейшей техникой и аппаратурой, особую важность приобретает вопрос о моральных качествах врача, его отношении к своему профессиональному долгу. Личность врача, его нравственный облик и профессиональная подготовка — вот что в конечном счете определяет успех и каждого медицинского вмешательства в отдельности, и всего дела народного здравоохранения в государственном масштабе.

Нормы поведения врачей в их взаимоотношениях с больными, коллегами, со всеми членами общества, в котором они живут, вырабатывались на протяжении многих веков. Передаваемые из поколения в поколение, закрепленные в традициях и в письменных источниках, они постепенно оформлялись в особые профессиональные кодексы, которые были различными для каждой эпохи и каждой страны. Эти нормы и принципы, определяющие их, и послужили основой для формирования врачебной этики и деонтологии.

Вопросы врачебной этики и медицинской деонтологии следует рассматривать в единстве, в тесной взаимосвязи. По мнению некоторых авторов, эти понятия отличаются только по объему.

Термин «медицинская деонтология» ввел в советское здравоохранение и раскрыл его содержание известный советский хирург Н. Н. Петров. В книге «Вопросы хирургической деонтологии» (1956) он определяет понятия этики и деонтологии врача следующим образом: врачебная этика, по его мнению, рассматривает вопросы, связанные с личными качествами врача, его моральным обликом, а медицинская деонтология касается этических норм выполнения работниками своих профессиональных обязанностей.

Иными словами, под врачебной этикой (от греч. *ethos* — обычай, нрав, характер) следует понимать учение о нравственности врача и нормах его поведения, что же касается медицинской деонтологии (от греч. *deon* — должное, *logos* — учение), то это — учение о должном поведении врача (медицинского работника) в процессе оказания им медицинской помощи. Исходя из этого медицинскую деонтологию следует рассматривать как часть врачебной этики.

Основные гуманистические принципы врачебной этики начали формироваться уже на заре становления медицины. Выдающаяся роль в определении основных проблем медицины принадлежит основоположнику научной медицины древнегреческому врачу Гиппократу (460—377 гг. до н. э.). Идеи, изложенные им в знаменитой «Клятве», в книгах «О враче», «О благоприличном поведении» и др., не утратили своей актуальности и в наши дни. Лучшие представители мировой медицины считали себя наследниками этических принципов этого величайшего врача древности.

Можно только удивляться тому, насколько современно звучат сейчас слова, сказанные около 25 веков назад великим древнегреческим врачом: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости... В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, неправедного и пагубного... Что бы при лечении — а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной» [13, 87].

Гиппократ считал, что врач должен быть скромным и сдержанным, добрым и приветливым, постоянно обогащать свои знания и прислушиваться к мнению своих коллег, видеть свою цель не в приобретении славы или денег, а в облегчении страданий и исцелении больных, в самоотверженном служении всем людям, обращающимся к нему за помощью и советом.

Значительный вклад в развитие медицины внес известный арабский философ и врач Ибн Сина (Авиценна) (980—1037). Его замечательный «Канон врачебной науки» несколько столетий подряд считался учебником не только в странах Востока, но и в государствах Западной Европы. Содержащиеся в нем наставления сыграли большую роль в борьбе медицины против догматов церкви и оказали положительное влияние на дальнейшее развитие медицинской науки.

В XI—XII веках в Киевской Руси врачевание считалось высоким искусством, которым надлежало владеть в совершенстве, чтобы «исцелять больного и здравия подать ему». Для этого врач должен был обеспечить больному «плотно пегование» (тщательный уход).

Во многих указах Петра I наряду с подробными перечислениями практических обязанностей врачей содержатся и требования сугубо морального плана: «...чтобы доктор в докторстве основание и практику имел, трезвым, умеренным и доброхотным себя держал и в нужных случаях чин свой ношно, так и днем отправлять мог» [47, 47].

Идеи величайших врачей древности были положены в основу так называемых «Факультетских обещаний», которые принимали выпускники высших медицинских учебных заведений. В несколько изменённом виде они были приняты Всемирной ассоциацией врачей в 1948 г. в Женеве, в связи с чем и получили название «Женевская клятва».

Отечественная медицина, начиная с древнейших времен и до наших дней, всегда утверждала высокие нравственные принципы как непремennую основу всей врачебной деятельности.

Одним из первых отечественных врачей, отметивших особое значение нравственных принципов во врачебной деятельности, был Данила Самойлович, который подчеркивал, что сама сущность медицинской деятельности предполагает обязательное наличие в характере врача таких нравственных качеств, как искренность, правдивость, отзывчивость, простота. Он страстно клеймил скупость и жадность, считая их наибольшим позором для медика, призывал своих многочисленных учеников быть милосердными, сочувствующими, любить своего ближнего, как самого себя.

Проблагандистом гуманных принципов в отечественной медицине был известный врач М. Я. Мудров. основоположник отечественной клинической медицины, М. Я. Мудров многогранной деятельностью снискал себе славу не только выдающегося клинициста, но и замечательного мыслителя-педагога. В своих работах «Слово о благочестии и нравственных качествах гиппократова врача» [42, 167—201] и «Слово о способе учить и учиться медицине практической или деятельному врачебному искусству при постелях больных» [42, 201—205] М. Я. Мудров на целую эпоху опередил своих современников, например, в понимании роли психологического воздействия врача на больного. До него еще никто так четко, а к тому же еще и образно не писал о «...душевных лекарствах, которые врачуют тело. Оне почерпаются из науки мудрости, чаще из психологии. Сим

искусством печального утетишь, сердитого умягчишь, нетерпеливого успокоишь, бешеного остановишь, дерзкого испугаешь, робкого сделаешь смелым, скрытого откровенным, отчаянного благонадежным. Сим искусством сообщается больным та твердость духа, которая побеждает телесные боли, тоску, метание и которая самые болезни тогда покоряет воле больного» [42, 244].

Дальнейшему развитию этических принципов во многом способствовали взгляды выдающегося русского терапевта С. П. Боткина, презиравшего невежество и самомнение, требовавшего от врачей скромности. С. П. Боткин во «Введении в изучение «клинической медицины» (1886) говорил, что для того, чтобы быть хорошим врачом, «необходимо иметь истинное призвание к деятельности практического врача, чтобы сохранить душевное равновесие при различных неблагоприятных условиях его жизни, не впадая при неудачах в уныние или самолюбование при успехах. Нравственное развитие врача-практика поможет ему сохранить то душевное равновесие, которое дает ему возможность исполнить священный долг перед ближним и перед родиной, что и будет обуславливать истинное счастье его жизни» [6, 25].

Именно С. П. Боткин первым в отечественной медицине поставил вопрос о необходимости создания своеобразного нравственного кодекса русского врача. Проблемы врачебной этики обсуждались на заседаниях Петербургского врачебного общества и на VIII и X Пироговских съездах.

В начале XX века появились первые кодексы врачебной этики. Так, в 1902 г. в г. Твери были изданы «Правила врачебной этики», в 1903 г. Уманским обществом врачей была издана «Врачебная этика».

В этих кодексах нормы поведения врачей были сформулированы исходя из узкопрофессиональных, кастовых интересов. Содержание их целиком посвящалось таким вопросам, как распределение гонорара между участниками консилиума, недопустимость слишком дешевого, а тем более бесплатного лечения, публичной критики действий своего коллеги и т. д.

Эти кодексы не пользовались популярностью среди широкой медицинской общественности, так как передовые представители земской медицины считали, что врач должен бороться не только с болезнями, но в первую очередь с социальными условиями, губительно сказывающимися на здоровье трудящихся, калечащими их физически и духовно. Глубоко преданные своему делу, земские врачи не просто рассуждали о долге и поведении врача. Вся их жизнь —

это подвиг и самопожертвование во имя науки, во имя человека. В условиях царского режима эти врачи создали новые, глубоко демократические и гуманистические понятия о врачебной этике и долге, взаимоотношениях врача и больного, которыми мы вправе гордиться и сегодня.

В нашей стране после победы Великой Октябрьской социалистической революции впервые в истории введена бесплатная общедоступная медицинская помощь, в корне изменившая взаимоотношения врача и больного.

Крупнейшие организаторы и теоретики советского здравоохранения Н. А. Семашко, З. П. Соловьев считали, что советский врач должен обладать высокой квалификацией, чуткостью, бескорыстием, внимательно относиться к больному, а также глубоко понимать задачи медицины и медика в социалистическом обществе.

Однако в годы становления нового, социалистического строя некоторые авторы, такие как Г. И. Дембо, Б. И. Воячек, Е. А. Барштейн, были настроены нигилистически к вопросам профессиональной этики советского врача.

Справедливо критикуя моральные установки большинства медиков буржуазных стран и вскрывая их кастовые позиции, неприемлемые для советского врача, эти авторы считали, что врачебная этика представляет собой лишь «недоброкачественный суррогат» обычного права и вместо того, чтобы заниматься разработкой врачебной этики, нужно развивать и улучшать врачебное право. Поскольку, считали они, все советские люди без различия пола или профессии руководствуются едиными нравственными нормами, постольку в условиях социалистического общества нет места обособленной врачебной касте, значит, не может существовать и особая врачебная мораль или врачебная этика.

С мнением этих авторов согласиться нельзя. Врачебная этика, как и этика вообще, действительно является отражением общественных, классовых отношений. Она основывается на общепринятых правилах поведения личности в обществе, на высоких моральных качествах каждого человека. Основоположники марксизма, изучая классовую природу морали, указывают и на ее связь с профессиональным разделением труда. Так, Ф. Энгельс писал, что «...каждый класс и даже каждая профессия имеет свою собственную мораль» [1, 298—299].

Интересные мысли о специфичности профессиональной морали медицинского работника находим во многих выступлениях М. И. Калинина. «В самом деле, — говорил Калинин на V Всесоюзном съезде работников медицины в 1924 г., — работников медикосантруса нельзя сравнивать с

работниками других профессий. Тех качеств, которые требуются для других категорий, еще недостаточно для работников медикосантруса...» И далее он подчеркивал, что медикам, «...помимо медицинских требований, будет предъявлен целый ряд требований, чтобы человек был альтруистом, по своему положению... Я считаю, что в Союзе медикосантруса «этика» медика в широком смысле этого слова должна занять исключительное место» [28, 24].

Однако возражения против существования врачебной этики были и в последующие годы. Так, ряд авторов утверждали, что поскольку существует моральный кодекс строителя коммунизма, то отпадает необходимость во врачебной этике.

В защиту правомерности существования врачебной этики прекрасно высказался заслуженный врач Грузинской ССР Г. С. Пондоев: «Непонятно, почему может существовать этика физкультурника, боксера, судьи и т. д., но не может существовать этика врача? Этично, например, судье выносить и объявлять смертный приговор подсудимому, но в высшей степени неэтично для врача объявлять больному о фатальном исходе его болезни. Врач, объявивший голую правду, в таких случаях рискует получить заслуженный упрек: «Разве можно было все это говорить больному, а еще врач!». Вот это «а еще врач» разве не говорит, что именно ему предъявляются особые этические требования?» [59, 258—259].

Бесспорно, этика врача имеет свою специфику. От врача требуется сострадание, чуткость, внимание, понимание душевного мира больного. Причем настоящий врач должен не просто изображать, а на деле переживать эти чувства, они должны являться стимулом в его работе, стать не только профессиональной, но и личной потребностью.

Безосновательны также попытки заменить врачебную этику врачебным правом. Ведь с таким же успехом можно было бы утверждать, что все многообразие человеческих отношений регулируется исключительно силой закона. В действительности же советское право, глубоко нравственное по своей природе, не ставит перед собой цели заменить нравственность, поскольку последняя охватывает более широкую жизненную сферу и распространяется на такие явления, которые не подлежат правовому регулированию.

Отрицание некоторой частью медиков существования профессиональной этики советского врача, по-видимому, связано с тем, что они ошибочно отождествляют ее с узкокастовыми нормами и моральными принципами частнопрактикующих врачей в буржуазном обществе.

Однако отождествление не правомерно. Взаимоотношения врача и больного в условиях капиталистического общества имеют глубоко противоречивый характер. Частный принцип оказания медицинской помощи превращает медицину в бизнес, а врач поставлен в такие условия, что в больном он видит источник своего благосостояния. Частная практика врачей сопровождается конкуренцией между ними, борьбой за клиентуру. Иногда даже врач, заведомо зная, что операция в данном случае не нужна, все же делает ее ради получения гонорара. При социализме между врачом и больным устанавливаются совершенно иные отношения, в основе которых лежат принципы гуманизма и взаимного уважения.

Впервые за весь период существования медицины врачи в социалистическом обществе получили реальные возможности всесторонне выполнять свой моральный долг перед обществом и больным.

Прежде всего это стало возможным в силу того, что советское здравоохранение приобрело государственный характер. Государство полностью взяло на себя заботу об охране и укреплении здоровья населения, оно финансирует все мероприятия в этой области, гарантирует гражданам материальное обеспечение в старости, а также в случае болезни или утраты трудоспособности. Государство осуществляет материально-техническое и медикаментозное обеспечение лечебно-профилактических учреждений и подготовку медицинских кадров [7].

В настоящее время, когда советский народ строит коммунистическое общество, все более возрастает роль нравственных начал во взаимоотношениях людей, расширяется сфера действия морального фактора.

На XXVI съезде КПСС Л. И. Брежнев отмечал: «Мы высоко ценим честный, самоотверженный труд наших врачей, медицинских сестер, других работников здравоохранения. И тем большее огорчение вызывают поступающие порой от трудящихся письма о фактах нарушения отдельными медицинскими работниками своего служебного долга, о невнимательности к людям. Министерство здравоохранения, партийные комитеты, комсомол и профсоюзы обязаны вести непримиримую борьбу с подобными явлениями и добиться их полного искоренения» [3, 61].

Взаимоотношения врача и больного — это особый, причем один из сложнейших, вид человеческих взаимоотношений. Бряд ли можно назвать еще одну такую профессию, которая предполагала бы откровенное и детальное обсуждение посторонним человеком сугубо личных ощущений, переживаний и жалоб другого, как это неминуемо в медицине. Врач призван лечить не болезнь, а больного человека, учитывая его индивидуальные особенности, обусловленные не только биологическими, но и социальными факторами. Поэтому каждое лечение должно содержать элементы психотерапии, которая входит в общетерапевтический комплекс настолько органично, что практически нельзя разграничить, когда кончается целебное действие лекарства и начинается целительное воздействие психологического фактора. Еще выдающиеся отечественные врачи М. Я. Мудров, Г. А. Захарьин, С. П. Боткин, В. А. Манассеин, Н. И. Пирогов придавали большое значение психологическому воздействию при лечении различных заболеваний.

Среди психотерапевтических факторов особое место отводится влиянию слова врача на больного. Слово служит для врача чрезвычайно тонким инструментом. Все авторы, писавшие о роли слова во врачебной деятельности, единодушно призывали к осторожности в обращении с ним. В афоризме «Слово лечит, слово ранит» заложен глубокий смысл. Опытные клиницисты предлагают вести беседу с каждым больным индивидуально, говорить так, чтобы смысл и интонация слов соответствовали особенностям состояния пациента и уровню его интеллекта. Однако ошибаются те, кто простоту общения понимают как фамильярность в обращении. Фальшивый тон разговора скорее напугает пациента, чем утешит.

При первом общении с больным врач должен помнить, что перед ним, как правило, человек, уже обеспокоенный как самой болезнью, так и высказываниями окружающих на этот счет, и поэтому не следует фиксировать внимание больного на состоянии его здоровья.

Очень важен момент, когда диагноз еще не установлен или есть подозрение на какое-то заболевание, и врач должен об этом сообщить больному. Совершенно естественно, что такое известие очень часто расценивается больным как что-то угрожающее его жизни. «Ведь действительно, — пишет выдающийся советский отоларинголог Б. С. Преображенский, — у него имеются основания думать, что если он

с тяжелыми хроническими заболеваниями, обусловившими астенизацию нервной системы.

В подтверждение сказанного приводим случай из практики Киевского областного бюро судебно-медицинской экспертизы.

Инженер Б., 43 лет, в результате ряда служебных и семейных неурядиц стал плохо себя чувствовать и обратился к врачу с жалобами на бессонницу, головную боль, покалывания в области сердца. Врач, не найдя никакого серьезного заболевания, тем не менее сказал своему пациенту: «Трудное у вас положение, даже не знаю, чем можно помочь». В разговоре в кругу семьи эти слова уже прозвучали так: «Болезнь неизлечимая, с ней ничего сделать нельзя. Это рак». Через некоторое время, заболев гриппом, Б., находясь в состоянии аффекта, кухонным ножом нанес себе множество глубоких колотых ран в грудь и в голову, где, по его мнению, локализовался «рак». При исследовании трупа гр. Б. каких-либо органических изменений внутренних органов обнаружено не было.

Ятрогения в виде крайней канцерофобии в данном случае привела здорового человека к трагической гибели. А вот другой случай.

Молодая женщина М., 28 лет, заболела гонореей. В процессе обследования врач-венеролог, выясняя источник заражения, без всяких оснований высказала предположение о возможности заражения сифилисом. Хотя этот диагноз и не подтвердился, у гр-ки М. стала развиваться так называемая сифилофобия, в связи с чем она потеряла работоспособность и пыталась покончить жизнь самоубийством.

Следует помнить, что источником ятрогений также могут стать оформление медицинской документации и способы ее использования. Уже обычные данные исследования мочи могут быть превратно истолкованы больным. Для того чтобы этого не произошло, нужно разъяснить ему, что наличие единичных лейкоцитов, нитей слизи, кристаллов солей не говорит еще ни о какой патологии. С. С. Вайль приводит случай, когда больная была весьма удручена тем, что раньше в анализах мочи у нее находили «нормальные» эритроциты, а в последующих появились «какие-то ненормальные — выщелоченные». Другая была страшно напугана наличием в осадке клеток плоского эпителия: «комментаторы» из числа знакомых сказали ей, что «из эпителия растет рак» [9, 30—31].

Еще больше поводов для самых разнообразных толкований дает бланк анализа крови, на котором, как известно, напечатаны данные о норме. Врач их, конечно, знает и без этого, как знает он и то, что приведенные в бланке цифры довольно условны и изменяются в зависимости от многих факторов. Больной же рассуждает просто: раз есть отклонение от нормы, значит, недуг опасный. Особую настороженность у мнительных больных вызывают колебания

СОЭ. В самых разнообразных направлениях трактуются иногда и электрокардиограммы, хотя они доступны для расшифровки только опытным специалистам.

Нередко больным выдают на руки результаты различных исследований, при которых обнаружены серьезные заболевания. Можно не сомневаться, что найдутся «сведущие» лица, способные разъяснить значение данных, указанных в документе. Особенно опасны установки некоторых медицинских учреждений, требующих доставлять результаты биопсии, произведенной при подозрении на злокачественное новообразование. Причем за результатами исследований иногда направляют не своих сотрудников, а самих пациентов или же их родственников. Даже если им вручают при этом запечатанные конверты, то соблазн здесь так велик, что содержание документа почти всегда становится известным больному.

А как много вреда приносят записи в больничных листах по временной нетрудоспособности, если в них отражены расхождения между первичным и окончательным диагнозом. Такое расхождение в постановке диагноза влечет за собой порою совершенно различные назначения, а людям, несведущим в медицине, особенно мнительным, это причиняет дополнительную травму, порождая недоверие к врачам и медицине вообще.

В отечественной литературе проблему ятрогенных заболеваний впервые широко осветил Р. А. Лурия [40]. Вопросы ятрогений большое внимание уделено в работах Г. С. Пондоева, Д. И. Писарева и А. П. Преображенского, И. А. Кассирского и других авторов [58; 55; 30].

Известный советский специалист в области теории и практики судебной медицины чл.-кор. АМН СССР А. П. Громов с полным основанием утверждает, что «ятрогения является серьезным браком в работе лечебного учреждения, свидетельствующим о недостаточно высоком культурном уровне медицинских работников, о слабой воспитательной работе в коллективе. Каждый случай ятрогении должен быть предметом детального обсуждения среди медицинского персонала и в зависимости от его причин и последствий влечет за собой моральное, административное и даже уголовное наказание» [21, 42—43].

По мнению выдающегося судебного медика профессора В. М. Смольянинова, ятрогенная реакция у больного не может быть признана следствием врачебной ошибки или результатом добросовестного заблуждения [67, 93].

В условиях социалистического общества ятрогения не может рассматриваться как личная неудача того или иного

врача во взаимоотношениях с больным. Такие случаи противоречат моральным принципам советских врачей и поэтому должны расцениваться как зло, с которым необходима самая бескомпромиссная и последовательная борьба.

Для врача на первом плане всегда должны быть интересы больного. Грубость, бестактность по отношению к больному, которую допускают некоторые врачи, недопустимы. Больных травмируют высокомерие, торопливость, нервозность врача, отсутствие у него элементарной культуры. По этим причинам на врачей в различные инстанции поступают жалобы, а в случае смерти больного против медицинских работников иногда возбуждаются уголовные дела. А ведь многие жалобы при правильной организации работы и соблюдении медицинскими работниками принципов деонтологии можно было бы предупредить.

Рассмотренные выше морально-этические нормы являются общими для врачей всех специальностей. Однако в работе врачей различных профилей существуют специфические особенности. Они вытекают из самой сути задач, которые решает врач, выполняя свой профессиональный долг, из особенностей тех методов, которыми он пользуется для диагностики, лечения или профилактики заболеваний.

Деонтологические особенности работы специалистов хирургического профиля связаны с тем, что любое оперативное вмешательство глубоко травмирует психику больного. «Хирург, — отмечает заслуженный деятель науки РСФСР, профессор А. В. Гуляев, — это человек, вооруженный ножом, и как всякое вооруженное лицо он представляет опасность для окружающих, если применит свое оружие не там, где это требуется, и не так, как это дозволено. Но и при соблюдении всех этических, всех юридических и всех медицинских норм всякое хирургическое вмешательство, даже минимальное, пусть идеально задуманное и безусловно выполненное, представляет опасность» [22, 71].

Основные деонтологические положения в хирургии четко изложены в работе Н. Н. Петрова «Вопросы хирургической деонтологии» [52]. В статьях Н. И. Краковского и других авторов также рассматриваются некоторые стороны этой проблемы [37].

Как известно, одним из важнейших в деятельности хирурга является вопрос о необходимости оперативного вмешательства, и решается он на основе твердой уверенности в диагнозе с учетом характера заболевания, степени его развития, возраста больного, общего состояния организма. Поэтому незыблемым для хирурга деонтологическим пра-

вилом является недопустимость оперативных вмешательств без составления заключения, в котором должны быть учтены: мотивированный диагноз, показания к операции, план операции, рекомендуемые способы обезболивания.

Следует подчеркнуть, что подобное заключение заставляет хирурга трезво взвесить обстоятельства, учесть и сопоставить все возможные результаты, оценить свои силы и опыт. Конечно, даже самое совершенное заключение не сможет уберечь врача от различных неожиданностей и просчетов, но их будет тем меньше, чем основательнее продумана операция и подготовлено ее проведение.

Что же касается вопроса о юридической ценности такого заключения, то она несомненна. Ведь хорошо известно, что многие конфликты по поводу действительно или якобы допущенных хирургами ошибок или правонарушений возникают потому, что до операции в некоторых историях болезни врачами не были сделаны необходимые записи. А ведь история болезни является важным не только медицинским, но и юридическим документом, и это следует иметь в виду при ее составлении.

Один из важных деонтологических принципов хирургии — абсолютная добровольность оперативного лечения. Только согласие больного, родителей или опекунов (при необходимости операции детей или душевнобольных) на оперативное вмешательство дает возможность хирургу провести операцию.

Возникает вопрос: как документировать это согласие? На практике поступают по-разному. В некоторых лечебных учреждениях от больных требуют письменную расписку. А ведь подобная процедура может усугубить и без того тяжелое состояние пациента, создав у него впечатление возможности фатального исхода. Как показывает практика, правильнее с деонтологической и юридической позиций в подобных ситуациях поступают те врачи, которые устное согласие больного на операцию отмечают в истории болезни.

Аналогично нужно оформлять согласие родителей, когда их ребенку показана операция, или согласие опекуна, если нужно оперировать человека с больной психикой. К сожалению, эта необходимая формальность из-за небрежности или в результате излишней самонадеянности соблюдается далеко не всеми врачами. А ведь речь идет о выполнении важнейшего положения правовых отношений между врачом и больным, согласно которому врач обязан получить у своего пациента устное согласие на операцию и отразить его в соответствующем медицинском документе.

Не менее важным является, по нашему мнению, и такой вопрос: как должен поступить врач при отказе больного от несомненно показанной ему операции?

Существует много примеров, свидетельствующих о том, что позиция больного при этом и его решение во многом зависят от умения врача правильно повлиять на пациента.

Советский хирург Е. Л. Березов приводит поучительный пример из своей практики [5, 11].

Однажды ночью его вызвали к пациенту, у которого наступило прободение язвы желудка. Полтора часа он убеждал больного, исчерпал все аргументы, но так и не добился согласия на операцию. Врач прибегнул к последнему средству — сказал, что уходит. После этого убеждать начала сестра. Она рассказала, что приходивший врач успешно провел уже десятки таких операций. Подумав, больной дал согласие оперироваться и был спасен.

Этот случай подтверждает, что при правильном подходе, убедительной аргументации и умелой психологической подготовке пациента почти всегда можно получить согласие на операцию. Нельзя одобрить тех врачей, которые при первом же отказе больного от операции немедленно спешат выписать его из стационара. Нужно использовать все возможные средства, чтобы убедить пациента в необходимости оперироваться.

Таким образом, без согласия больного не должно производиться ни одно хирургическое вмешательство, но, используя все средства убеждения, необходимо добиваться такого согласия, если операция является жизненно показанной.

В практике бывают случаи, когда хирург, получив согласие больного на операцию, по ходу ее выполнения обнаруживает необходимость оперативного вмешательства на другом органе, чего ранее предвидеть не мог. Должен ли он прекратить операцию, вывести больного из состояния наркоза и спросить у него разрешения на дальнейшее оперативное вмешательство?

Вот как хирург Н. И. Гуревич описывает подобную ситуацию [23, 14].

В ходе операции выяснилось, что вместо ампутации голени необходимо произвести ампутацию бедра. Чтобы получить согласие больного на операцию в таком объеме, его разбудили. Еще не совсем отойдя от наркоза, не вполне четко, но явно гневно он сказал: «Согласен, согласен!» Хирург счел себя вправе ампутировать бедро. Но через несколько часов проснувшийся больной был чрезвычайно удивлен результатом операции. Как выяснилось, он даже не помнил, что кто-то спрашивал у него согласие.

Статья 35 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении содержит четкий ответ

на поставленный выше вопрос: «Хирургические операции, а также применение сложных методов диагностики производятся с согласия больных, а больным, не достигшим шестнадцатилетнего возраста, и психически больным — с согласия их родителей, опекунов или попечителей. Неотложные хирургические операции и сложные методы диагностики без согласия самих больных либо их родителей, опекунов или попечителей производятся врачами только в тех исключительных случаях, когда промедление в установлении диагноза и проведении операции угрожает жизни больного».

Следовательно, во всех случаях, когда отсрочка повторной операции сопряжена с опасностью для здоровья и жизни больного, врач обязан взять на себя всю полноту ответственности и довести вмешательство до того предела, которое диктует ему деонтологическое правило: «Поступай с каждым больным так, как ты хочешь, чтобы поступали с тобой».

И наконец, касаясь некоторых деонтологических аспектов в хирургии, хотелось бы остановиться на проблеме трансплантации. В настоящее время эта проблема широко обсуждается общественностью. Успехи медицины в области трансплантации значительны, но вместе с тем обострились некоторые профессиональные, морально-этические и правовые вопросы, касающиеся этой проблемы, что заставляет по-новому рассматривать некоторые традиционные деонтологические принципы.

Прежде всего — о путях получения трансплантата. В случае гомотрансплантации возможны такие пути: а) от лиц, которым была сделана операция по медицинским показаниям с удалением определенной ткани; б) от доноров-добровольцев; в) от умерших. Использование для трансплантации первого источника с деонтологической точки зрения особых возражений не вызывает. Но когда решается вопрос о пересадке органа или ткани от донора, который в операции не нуждается, то здесь, по мнению А. П. Громова, основной деонтологический принцип «Не вреди больному» нарушается, поскольку удаление у донора здоровой ткани или органа не является для него безвредным и сопровождается определенным риском для его здоровья и жизни как в момент пересадки, так и в дальнейшем [21, 76].

Одним из источников гомотрансплантации могут служить ткани умершего (кожа, сосуды, хрящи и т. д.). В нашей стране существуют нормативные акты, согласно которым разрешено изъятие органов и тканей от трупа для трансплантации.

В пункте 10 «Правил судебно-медицинского исследования трупа» (1928 г.) оговаривалось, что изъятие материала от трупа в научных и научно-практических целях разрешается не раньше получаса после констатации факта смерти, но обязательно в присутствии трех врачей и с составлением протокола, в котором обосновывается необходимость раннего вскрытия и приводятся доказательства действительной смерти.

Пересадка сердца и других жизненно важных органов осуществляется только от умирающего человека, т. е. в момент клинической смерти. И вот здесь из-за противоречия между целями трансплантации и реанимации перед медициной встает очень сложный вопрос: можно ли изымать органы у погибших людей до наступления биологической смерти?

В настоящее время ни у кого не вызывает сомнения, что смерть не мгновенный акт, а медленно совершающийся процесс.

Успехи медицинской и смежных с ней наук обусловили необходимость нового подхода к установлению факта смерти. При этом возникают две взаимоисключающие проблемы. С одной стороны, достижения реаниматологии позволяют значительно продлить время клинической смерти, при которой возможно спасение жизни человека; с другой — достижения медицины в области трансплантации жизненно важных органов требуют установления факта смерти человека в более ранние сроки.

Эти серьезные проблемы в последние годы были предметом неоднократных острых дискуссий на различных конференциях, съездах, симпозиумах, международных конференциях и т. д. Однако многие их стороны остались нерешенными. Мы полностью разделяем мнение А. П. Громова, который считает, что «вопрос о констатации момента смерти нуждается в дальнейшей комплексной разработке специалистами различных медицинских профилей. Только после этого форум ученых сможет определить, а МЗ СССР утвердить конкретные признаки наступления смерти и способы их обнаружения. Затем эти рекомендации специалистов должны быть сформулированы в законе, который будет обязательен для всех врачей независимо от их личных точек зрения на данный вопрос» [19, 146].

В 1977 г. МЗ СССР была утверждена временная инструкция для определения биологической смерти и условий, допускающих изъятие органов для трансплантации. В ней приведены конкретные критерии биологической смерти у умирающих в условиях стационаров, которые располагают

реанимационными отделениями. Для их определения требуется не только констатация отсутствия дыхания, сердечной деятельности, исчезновения функций центральной нервной системы, но и обязательное производство ЭКГ и ЭЭГ. Эта инструкция была составлена с участием судебных медиков (А. П. Громов, В. И. Прозоровский).

В ней указано также, что акт констатации биологической смерти составляется и подписывается комиссией лечебного учреждения по указанию главного врача в составе заведующего реанимационным отделением, невропатолога, врача, производившего реанимацию, и судебно-медицинского эксперта 1-й или высшей категории.

В инструкции «О производстве судебно-медицинской экспертизы» в СССР от 21 июля 1978 г. говорится: «Допускается изъятие для лечебных и научных целей трупных тканей, органов и крови, когда это не может воспрепятствовать правильной судебно-медицинской диагностике при первоначальном, и, возможно, повторном исследовании трупа. Об изъятии тканей, органов и крови делается соответствующая запись в «Заключении эксперта» или в «Акте судебно-медицинской экспертизы» с указанием, что именно и для каких целей изъято и куда направлено».

Нам представляется, что с моральной, деонтологической, правовой точек зрения врач должен бороться за prolongation жизни так называемого «потенциального донора» всеми возможными способами, используя последние достижения реаниматологии. И это должно стать непреложным условием при пересадке любого жизненно важного органа, в том числе и сердца.

Из сказанного следует, что назрела необходимость самой тщательной разработки специальных правил, предусматривающих все стороны деятельности врача, связанной с проблемой трансплантации, — правовых положений о показании и противопоказании к изъятию органов, о констатации факта смерти и других вопросов, уже поставленных практикой, но не получивших еще официального закрепления.

В последнее время внимание многих авторов привлечено к **вопросам онкологической деонтологии**, и особенно к проблеме взаимоотношения врача с больным и его родственниками. Диагноз злокачественных заболеваний всегда воспринимается как трагедия, глубоко травмируя психику больных.

При своевременной диагностике онкологического заболевания врач должен убедить больного, исходя из достижений современной медицины, в несомненном успехе ради-

кального, тщательно проведенного лечения. Поэтому перед врачами встает очень важный вопрос: сообщать ли больному диагноз и предполагаемый прогноз заболевания? Этот вопрос очень сложен, и решается он по-разному в зависимости от конкретных обстоятельств и врачебного опыта.

Почти все врачи единодушны в том, что нужно щадить больного и вместо диагноза «злокачественная опухоль» следует по возможности ставить другой, менее травмирующий психику. Не следует также отказывать больному в хирургической операции, даже если врач сознает ее бесполезность. В подобных случаях Н. Н. Петров рекомендует убедить больного в том, что она не показана в данный момент. При этом желательно назначить консервативное лечение, рассчитанное на длительный срок, и постоянно следить за точностью выполнения предписанных назначений, что поддержит у пациента надежду на излечение.

Большинство авторов, обращавшихся к этой проблеме (Г. С. Пондоев, Ф. М. Контский, И. Я. Завилянский, Д. И. Писарев и др.), считают, что поступать надо так, чтобы в любом случае больному не был причинен вред. И если все же врач сочтет нужным сообщить пациенту правду о его заболевании, сделать это нужно очень тактично, стараясь не отнимать у него надежды на выздоровление.

«Трудно представить себе врача со столь низкой моралью, — пишет Г. С. Пондоев, — который бы объявил туберкулезному больному: «Да, ваше дело безнадежно», или больному со стенокардией: «Бойтесь ваших опасных припадков, они, безусловно, у вас будут повторяться», или же неизлечимому больному: «Милый, ваши дни сочтены!». Формально этот врач, может быть, и прав, мы говорим «может быть» потому, что не всегда в состоянии точно и наверняка учесть и предсказать печальный исход или же повторение припадков, но эта жестокая правда никак не вяжется с гуманной профессией врача, поведение которого ни в коем случае не совместимо с такого рода правдой» [59, 103—104].

Нельзя забывать, что некоторые диагнозы и прогнозы врачей не подтверждаются в дальнейшем, а вот вред от того, что они были сообщены больному, исправить зачастую уже не удастся: утрата надежды усугубляет общее состояние больного и затрудняет его выздоровление. Кроме того, может возникнуть тяжелая ятрогения, так называемая канцерофобия.

К сожалению, нередко случаи, когда лицам с подозрением на злокачественное новообразование не только сообщают

об этом, но и выдают на руки направления в онкологический диспансер с указанием предполагаемого диагноза. Онколог Т. Т. Поддубная приводит случай, когда в одной из поликлиник г. Минска больной выдали направление в онкодиспансер, в котором значилось «запущенный рак молочной железы». Врачам онкодиспансера пришлось приложить немало усилий, чтобы успокоить женщину, даже после того, как диагноз злокачественной опухоли не подтвердился [58, 38].

В данном случае была допущена не только диагностическая ошибка, здесь проявилось подлинное деонтологическое невежество врачей.

Очень трудной для врача задачей является поведение у постели тяжелобольного. Известный терапевт Г. А. Захарьин учил, что открыть больному все опасения, которые возникают у врача, — значит не только допустить ошибку, но иногда и совершить преступление. Тяжело больному человеку нельзя дать понять, что состояние его безнадежно. В этом отношении не лишен основания афоризм: «Нет безнадежных больных, есть безнадежные врачи».

Убеждая неизлечимого больного, что заболевание его не опасно, врач не только утешает и успокаивает его, но и помогает мобилизовать все резервы организма на выздоровление.

Проблема врачебной правды приобретает особое значение, когда страдает тяжелым недугом медик. Какое поведение будет деонтологически приемлемым в этой ситуации: когда мы постараемся скрыть действительное положение дел, свои опасения или же когда скажем больному правду? Тут трудно быть категоричным. Ведь пациент слишком много знает, чтобы не догадаться об истине по косвенным данным, по поведению своего врача, его предписаниям и т. д. А если болезнь к тому же относится к компетенции медика, то вряд ли вообще можно сообщать ему полуправду.

По мнению некоторых авторов, врачу, склонному недооценивать свое страдание, нужно сообщать всю правду, врачу с повышенной мнительностью — тоже, но с подробным обоснованием возможности благоприятного прогноза, именно в конкретном случае болезни. Скрыть, по-видимому, следует только факт констатации неизлечимых злокачественных опухолей, так как благодаря своим медицинским познаниям он будет лишен той искры надежды, которая сохраняется у больных, не имеющих медицинского образования, даже в самых тяжелых стадиях болезни.

Н. Н. Петров в книге «Вопросы хирургической деонтологии» (1956) вспоминает, что известному немецкому хи-

ругу конца прошлого века И. Микуличу его коллега доктор Эйзельсбергер, сделав пробную лапаротомию, сообщил диагноз «хронический панкреатит», хотя в действительности у него был неоперабельный рак желудка. И. Микулич еще продолжительное время не только читал лекции, но и сам оперировал.

Особенно большое значение приобретает выполнение деонтологических правил всем медицинским персоналом по отношению к неизлечимым больным в стационаре. Здесь должно господствовать чуткое, бережное отношение к обреченному человеку, причем нужно стремиться всеми возможными средствами ободрить его, помочь легче переносить страдания.

Во взаимоотношениях врача и неизлечимого больного возникают иногда вопросы, стоящие на грани между деонтологическими принципами и правовыми нормами. В частности, может ли врач искусственно ускорить наступление смерти так называемого безнадежного больного, избавив его от мучительных страданий? Каково должно быть отношение советского врача к проблеме эвтаназии, т. е. легкой смерти? Со времен глубокой древности до наших дней среди врачей существует неписанное правило, запрещающее ускорять наступление смерти человека, если даже он сам об этом просит.

Однако известна и другая точка зрения. В частности, А. Ф. Кони, известный юрист и общественный деятель дореволюционной России, писал: «Где нет возможности совершенно прекратить страдания, не прерывая нити жизни, допустимо с нравственной точки зрения участие врача в успокоении больного навеки» [34, 10]. Правда, А. Ф. Кони подчеркивает, что это допустимо лишь в исключительных случаях. Одним из условий при этом являются нестерпимые муки и вполне сознательная просьба больного об ускорении наступления смерти, а также невозможность спасти ему жизнь, что подтверждено мнением нескольких врачей.

Нам представляется, что эта точка зрения несовместима с гуманным отношением к больному, и здесь мы присоединяемся к мнению Э. П. Чеботаревой, которая считает, что просьба больного об ускорении смерти может быть вызвана сильной нестерпимой болью, и врач должен, используя современные способы обезболивания, снять их остроту [77, 89—90].

Иногда на фронте тяжелораненые просили ускорить им наступление смерти, но медицинские работники всегда боролись за жизнь раненого, даже в случаях, казалось бы, совершенно безнадежных, и смерть отступала.

Ведь основное назначение врача продлевать, а не укорачивать жизнь человека. Известно немало случаев, когда больной, узнав о том, что у него неизлечимое заболевание, и не желая обременять своих близких, кончает жизнь самоубийством. И нередко при этом бывает, что диагноз, установленный врачом, на секции не подтверждается, а ошибку исправить уже невозможно.

Возражая против ускорения смерти безнадежного больного, необходимо также учитывать и бурное развитие медицинской науки, которая ежедневно пополняется новыми средствами для борьбы с различными заболеваниями.

Вопрос об эвтаназии обсуждался на I Всесоюзной конференции по медицинской деонтологии. По мнению известного хирурга А. В. Гуляева, «...даже если... рассматривать идею «эвтаназии»... как средство облегчения смерти безнадежного больного, она не может быть принята ни по этическим, ни по медицинским, ни по юридическим соображениям» [22, 80].

Свою специфику имеют **деонтологические принципы в гематологии**. Известно, что в сознании многих людей кровь обычно является синонимом жизни, а поэтому заболевания крови многие считают особо опасными. Однако это мнение, по утверждению известного советского гематолога И. А. Кассирского, далеко от истины, так как «кровь, эта особо динамическая ткань, характеризуется такими беспрецедентными масштабами физиологической пролиферации (продуцирование 300 млрд. эритроцитов и 10 млрд. лейкоцитов в сутки) и такими тончайшими механизмами физиологической дифференциации, что именно это и обеспечивает ей возможность репарации — следует лишь уметь находить соответствующие факторы воздействия» [31, 45].

Успехи современной гематологии значительны: Для лечения заболеваний крови врачи в настоящее время располагают большим арсеналом медикаментозных препаратов и рациональных методов.

Какова должна быть тактика поведения врача при таком заболевании крови, как лейкоз? По мнению И. А. Кассирского, в этом случае нужно особенно тщательно обследовать больного для уточнения диагноза. Можно ли сообщать такой диагноз больному и в какой форме? Ведь если перед врачом человек образованный и хорошо понимающий свое состояние, предпочтительнее раскрыть ему сущность болезни, приведя оптимистические примеры.

Исходя из особенностей личности больного иногда лучше скрыть от него истину. В таком случае И. А. Кассирский

предлагает заменить этот диагноз другим, менее травмирующим психику пациента.

Особого подхода требуют взаимоотношения гематолога с близкими или родственниками больного. Кто-то из них должен быть проинформирован об истинном состоянии заболевшего. Однако откровенность с близкими больного так же должна быть гуманной с учетом всей драматичности положения. Здесь необходимы особый такт и сочувствие со стороны врача.

Родственники или близкие больного нередко не допускают мысли о том, что болезнь неизлечима, и предпочитают усматривать во всем лишь некие ошибки врача, связанные то ли с поздним установлением диагноза, то ли с неправильно проведенным лечением, то ли с плохим уходом или упущениями медицинского персонала и т. д., в связи с чем иногда возникают конфликтные ситуации. Подобные конфликты, вызывающие необходимость проведения судебно-медицинской экспертизы, решаются проще, если в каждом таком случае была проведена биопсия и вся медицинская документация велась самым тщательным образом.

Следует сказать и о **деонтологической специфике работы акушера-гинеколога**. Причем проявляется она уже при первой встрече врача с пациенткой. Здесь и особенности анамнеза, затрагивающие интимные стороны личной жизни женщины, и особенности акушерско-гинекологического обследования, часто осуществляемого в присутствии нескольких медицинских работников, и сообщение мужу о состоянии половой сферы жены, и прогноз в отношении способности к зачатию и деторождению после ряда гинекологических операций — все это накладывает определенные обязанности и требует от врача особого такта. Вопрос о показаниях и противопоказаниях к оперативным вмешательствам, подчеркивает известный советский акушер-гинеколог Л. С. Персианинов, необходимо решать исключительно тщательно, всесторонне. Выбирая методику операции, учитывать непременно не только ближайшие, но и отдаленные результаты. Хирургическая деятельность акушера-гинеколога должна оцениваться не по количеству проведенных операций, а по числу операций, при которых удалось сохранить или восстановить нормальные функции женского организма [53, 85].

Особую тактичность акушер-гинеколог должен проявить, консультируя по вопросам предупреждения беременности. Женщина имеет право решать, когда и сколько детей ей следует иметь. Существует немало средств и методов предупреждения беременности. Давая рекомендации по этим

вопросам, врач особое внимание должен обращать на нежелательность аборта с точки зрения здоровья женщины. Если же женщина настаивает на этой операции, а противопоказаний нет, то ей должна быть предоставлена такая возможность в соответствии с существующими положениями.

Не менее важным в работе акушера-гинеколога с деонтологической и юридической точек зрения является вопрос о сохранении врачебной тайны.

Врач обязан сохранять врачебную тайну и не оглашать сведений о больной без ее согласия, если речь идет о заболевании, связанном с интимной жизнью женщины (внебрачная беременность, некоторые пороки развития, гинекологические болезни). Если же интересы больной и общества вступают в противоречие, обязанность врача соблюдать врачебную тайну отпадает. Например, лицо, виновное в производстве криминального аборта, являясь общественно опасным, должно быть известно судебно-следственным органам, врач обязан о нем сообщить.

В этом отношении существуют определенные **деонтологические особенности и в работе венеролога**. Здесь от врача также требуется особый такт, так как, выясняя возможный источник заражения и «контакты» (при наличии венерических заболеваний), он касается интимной стороны жизни пациента. Участливое, внимательное отношение врача к судьбе больного помогает преодолеть барьер безмолвия, в то время как легкомысленный, недостаточно квалифицированный подход к собиранию анамнеза может нанести дополнительную психическую травму пациенту.

Что же касается вопроса сохранения врачебной тайны, то при таком заболевании, как сифилис, к этому, очевидно, следует подходить дифференцированно в зависимости от стадии заболевания, проведенного лечения и отношения пациента к своей болезни. К лицам с заразной формой сифилиса, представляющим опасность для окружающих, но уклоняющимся от лечения, и к больным с поздними формами скрытого сифилиса, уже получившим несколько курсов специального лечения, отношение должно быть различным.

По отношению к лицам первой категории допустимы любые формы воздействия, включая и принудительное лечение.

По отношению же к больным второй категории следует действовать методом убеждения, и разглашение врачебной тайны недопустимо. Нельзя, оправдываясь диагнозом сифилиса, по мнению В. Д. Кочеткова и М. В. Милича, переступать границы врачебной этики, врачебных норм пове-

дения, когда сохранение тайны не представляет опасности для общества, а может в некоторых случаях принести вред лишь данному больному [36, 70].

Заражение венерической болезнью и уклонение от лечения венерических заболеваний влекут за собой ответственность по статье 108 УК УССР, согласно которой «заведомое поставление другого лица через половое сношение или иными действиями в опасность заражения венерической болезнью наказывается лишением свободы на срок до двух лет, или исправительными работами на срок до одного года, или штрафом до ста рублей».

Заражение другого лица венерической болезнью лицом, знавшим о наличии у него этого заболевания, наказывается лишением свободы на срок до трех лет или исправительными работами на срок до одного года.

Действия, предусмотренные частью второй настоящей статьи, совершенные лицом, ранее судимым за заражение другого лица венерической болезнью, а равно заражение двух или больше лиц либо несовершеннолетнего наказываются лишением свободы на срок до пяти лет».

Статья 108¹ УК УССР дополняет статью 108 следующим образом: «Уклонение от лечения венерической болезни, продолжаемое после предупреждения, сделанного органами здравоохранения, наказывается лишением свободы на срок до двух лет, или исправительными работами на срок до одного года, или штрафом до ста рублей».

Необходимо подчеркнуть, что известные медицинскому работнику сведения не могут стать достоянием лиц, которые интересуются ими лишь для удовлетворения своего любопытства, а иногда и для неблагоприятных целей.

Такое отношение к вопросам врачебной тайны должны разделять и врачи других специальностей.

Однако соблюдение врачебной тайны, как уже отмечалось, необходимо до тех пор, пока оно не затрагивает интересов общества. Это касается не только венерических, инфекционных, но и других заболеваний, в частности заболеваний, сопровождающихся расстройством зрения, слуха у лиц определенных видов профессий (водители транспорта, летчики и т. д.). Врач обязан своевременно сообщать органам здравоохранения также и о всех случаях отравления и преступных действий (изнасилование, криминальный аборт, применение наркотиков и т. д.), причем сведения эти должны сообщаться лишь тем лицам, которые по долгу службы обязаны знать об этом.

Выявлять тех лиц, которые не хотят считаться с инте-

ресами общества, угрожают здоровью населения, — прямой долг врача и каждого медицинского работника.

Деонтологические особенности в педиатрии связаны с тем, что врача в одинаковой мере интересует и больной и здоровый ребенок со дня его рождения до периода полового созревания. Педиатры постоянно следят за физическим и умственным развитием ребенка, помогают правильно его воспитывать. Ребенок всегда является для врача более сложным объектом, так как в отличие от взрослого больного он не способен достаточно правильно и полно передавать свои ощущения. При контакте с ребенком врачу необходимо учитывать особенности детской психологии. Ребенок требует не просто тактичного, а высокогуманного и ласкового отношения, настоящей любви. Дети откликаются на эмоциональное воздействие значительно живее, нежели на рассудочно-логическое, они отворачиваются от фальши и притворства, но весьма охотно дают вовлечь себя в игру. С. С. Вайль приводит случай, когда врач, лечивший его маленького внука, начал первый свой визит с того, что предложил мальчику нажимать на разные пуговицы своего пиджака и каждый раз издавал при этом различные звуки. Дальнейший осмотр стал для ребенка продолжением забавы, и каждого нового посещения врача он ожидал не со страхом, а с интересом [9, 19].

Какие бы трудности ни встречались при осмотре или лечении детей, по отношению к ним недопустимо запугивание. Если даже приходится прибегать к наказанию, то оно не должно никогда превращаться в оскорбление самолюбия ребенка, не говоря уже о телесной или психической травме. Касается это и случаев, когда все же совершается определенное насилие, например инъекция, прививка и т. д. Эти процедуры нужно проводить в как можно более мягкой форме, без намека на жестокость, подавление силой.

К сожалению, некоторые родители восстанавливают детей против врачей, пугая своих малышей, которые плохо едят или отказываются тепло одеваться, доктором с уколами и горькими лекарствами. Такие воспитательные методы резко усложняют работу педиатра, так как ему предстоит сначала преодолеть страх своего маленького пациента, а уж потом завоевать его симпатию.

Сложная проблема взаимоотношения врача с родственниками больного в педиатрии приобретает особое значение. Никто не станет отрицать, что опасения матери ребенка и других членов семьи за его судьбу — вполне естественное явление. Однако далеко не всегда эти чувства выражаются лучшим образом. Но в том-то и состоит долг педиатра, что-

бы с неизменной выдержкой и тактом информировать родственников о состоянии ребенка, высказывая благоприятный прогноз. Однако излишний оптимизм в разговоре так же вреден, как и сгущение мрачных красок. Вредит также излишняя детализация в разъяснении симптомов болезни ребенка. Сообщать следует самые важные данные. Когда ребенка госпитализируют, может возникнуть вопрос о том, разрешать ли матери находиться вместе с ним. Решать это должен только врач, учитывая возраст и состояние больного, обстановку и условия в стационаре.

Выступая на I Всесоюзной конференции по проблемам медицинской деонтологии, профессор-педиатр А. Х. Хамидуллина говорила: «Если болен взрослый, это несчастье. Но если заболел ребенок, то выведена из колеи вся семья, нарушен весь быт. Педиатр в своей деятельности не может оставаться только врачом-лечебником. В этой отрасли работы переплетаются медицинская и большая педагогическая деятельность. Требуется быть педагогом-психологом, причем это относится не только к ребенку, но и к его родителям. Отсюда безусловное значение деонтологии в деятельности педиатров» [49, 125].

Многие из изложенных деонтологических принципов касаются врачей и других специальностей, хотя для каждой из них характерны свои особенности. Ряд интересных положений, подтверждающих эту точку зрения, содержится в работах Н. Я. Мильмана и Л. Е. Кишиневского, И. М. Старобинского, Д. И. Писарева и А. П. Преображенского и многих других [41; 69; 57].

Правила врачебной этики и деонтологии не могут пренебрегать все нюансы взаимоотношений врача и больного. Поведение врача в каждом конкретном случае определяется его моральными принципами, убеждениями. Залогом высоких морально-этических качеств врача является его беззаветная любовь к своей профессии, которую убежденный, настоящий врач, проносит через всю свою жизнь. Доброжелательность, человечность, теплое сочувственное отношение к больному должны определять нравственный облик каждого советского медика.

Вместе с тем нельзя не сказать, что некоторые врачи позволяют себе нервный, резкий тон, окрики, грубость, бестактность по отношению к больным и их родственникам и близким. Такое неэтичное, аморальное поведение врачей не может быть оправдано никакими объективными причинами, оно причиняет психическую травму больному и вызывает справедливые нарекания и жалобы.

Грубость, бестактность врача хотя и не являются осно-

ванием для привлечения его к юридической ответственности, но с этической точки зрения заслуживают серьезного осуждения.

«Моральная и правовая ответственность, — отмечает Э. П. Чеботарева, — имеет разный характер. Если право по отношению к человеку — сила внешнего принуждения, то моральная ответственность — это ответственность не только перед другими, но и перед самим собой, перед своей совестью. От карающей руки закона человек иногда может уйти, от приговора совести — уйти некуда. Мораль указывает не только на то, чего нельзя делать, но и на то, что делать желательно, она не только преграда для зла, но и своего рода катализатор добрых дел... Особое значение это имеет для врачебной работы, где юридический контроль зачастую бессилён, и тогда остается лишь один контроль — контроль совести» [74, 16].

При всей специфичности деонтологических принципов важнейшим из них для врача любой специальности является стремление достичь высокого профессионального уровня, эрудиции, овладеть диагностикой и лечебным мастерством. Заменить все это одной обходительностью в отношениях с больным невозможно. И это стремление к совершенству в своей профессии также имеет деонтологическое значение, потому что относится к сфере врачебного долга.

К сожалению, встречаются еще врачи, которые низкий уровень своей квалификации пытаются компенсировать высоким самоуверенцем. Излишняя самоуверенность и нежелание проконсультироваться с более опытными специалистами приводят к ошибкам и правонарушениям. Анализируя причины поступающих жалоб на врачей и ошибок, допускаемых ими, заместитель министра здравоохранения СССР А. Г. Сафонов в своем докладе указывал, во-первых, на недостаточную профессиональную подготовку некоторых врачей, во-вторых, на отсутствие условий для оказания необходимой, на должном уровне, медицинской помощи, в-третьих, на формальное, невнимательное, а порой и халатное отношение к больным со стороны врачей и среднего медицинского персонала. Поэтому вопросы профессиональной подготовки должны быть тесно связаны с вопросами воспитания личности врача, с вопросами медицинской деонтологии [49, 147].

В нашей стране охрана здоровья населения — одна из важнейших государственных задач, успешному решению которой призвано служить и советское законодательство.

Вопросы регламентации прав и обязанностей медицинских работников решаются на основе общих законоположений и регулируются нормами трудового законодательства.

В основе трудового права лежат закрепленные Конституцией СССР принципы социалистической организации труда: право на труд с оплатой его по количеству и качеству, право на отдых, материальное обеспечение в старости, а также в случае болезни и потери трудоспособности, равенство в оплате труда женщины с мужчиной, равноправие всех граждан независимо от их национальности и расы и наряду с этим обязанность каждого члена общества трудиться по способности и соблюдать дисциплину труда. Трудовые отношения работающих регулируются общесоюзными актами (указами Президиума Верховного Совета СССР, постановлениями Совета Министров СССР и ВЦСПС) и кодексами законов о труде (КЗоТ) союзных республик.

В соответствии с общими принципами организации труда Советское государство предоставляет дополнительные льготы работникам, занятым в производствах, более вредных для здоровья. Это положение распространяется и на некоторые категории медицинских работников (рентгенологов, психиатров, патологоанатомов, судебно-медицинских экспертов и др.), которые в связи с вредными условиями труда имеют сокращенный рабочий день, более продолжительный отпуск, получают надбавку к заработной плате, спецодежду, бесплатное молоко и т. д.

Среди изданных в разное время официальных документов, относящихся к профессиональной деятельности медицинского персонала до принятия Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении, важнейшим следует считать постановление ВЦИК и СНК РСФСР от 1 декабря 1924 г. «О профессиональной работе и правах медицинских работников»¹.

Оно в дальнейшем конкретизировалось, дополнялось и уточнялось многочисленными инструкциями, ведомственными правилами, приказами и другими документами. Однако некоторые вопросы не были решены, а многие правовые

¹ Аналогичное постановление СНК Украины было принято 17 апреля 1924 г.

акты оказались недостаточно согласованными друг с другом, что осложняло их применение на практике. Поэтому на повестку дня была поставлена задача совершенствования законодательства о здравоохранении.

Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении были приняты Верховным Советом СССР 19 декабря 1969 г. и введены в действие с 1 июля 1970 г. В этом документе не только подводятся итог замечательным свершениям и завоеваниям социалистического здравоохранения, но и законодательно закрепляется тот положительный опыт, который был накоплен за годы Советской власти. Подготовка и обсуждение законопроекта убедительно продемонстрировали глубокую заинтересованность самых широких масс в усовершенствовании всей многогранной деятельности наших органов здравоохранения, в дальнейшем прогрессе советской медицины.

Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении впервые свели воедино и упорядочили существовавшие ранее многочисленные и разрозненные правовые акты, принятые в разное время, в частности, касающиеся подготовки и повышения квалификации медицинских кадров, профессиональных прав, льгот, обязанностей и ответственности медицинских и фармацевтических работников, условий и порядка занятия медицинской и фармацевтической деятельностью, проблемы врачебной тайны и др. Все принципиальные вопросы были решены не только с учетом современного состояния здравоохранения в нашей стране, но и позиций дальнейшего укрепления авторитета, повышения роли медицинского работника в социалистическом обществе. Новым законом был введен ряд положений, которые впервые закреплялись юридически, и в то же время значительно изменялась и уточнялась формулировка положений, содержащихся в изданных ранее нормативных актах.

Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении признают право на занятие медицинской, а также фармацевтической деятельностью за лицами, получившими специальную подготовку и знания в соответствующих высших и средних специальных учебных заведениях СССР. В статье 12 Основ оговаривается, что ответственность за незаконное врачевание устанавливается законодательством союзных республик.

Без постоянного овладения новейшими достижениями науки и практики нельзя быть в наше время полноценным специалистом. Это особенно относится к медицинским работникам. Статья 15 Основ возлагает на органы здравоохранения

ранения разработку и проведение мероприятий по специализации и совершенствованию профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников в институтах усовершенствования и других соответствующих медицинских учреждениях. Создание медицинским и фармацевтическим работникам необходимых условий для повышения их квалификации вменяется в обязанность руководителям органов и учреждений здравоохранения. В этой же статье указывается, что действенной мерой контроля за профессиональной подготовкой медицинских кадров является аттестация.

Советское государство впервые провозгласило охрану здоровья народа одной из важнейших своих задач. Наша страна — первое государство, где на небывалую высоту поднят авторитет медицинского работника и его труд пользуется всенародным уважением, а «профессиональные права, честь и достоинство врачей и других медицинских работников охраняются законом» (статья 14). Советские врачи своим беззаветным трудом по праву снискали любовь и признание народа.

Основы законодательно закрепили традицию, выдержавшую испытание временем и проверенную жизнью в наши дни. Статья 13 гласит: «Граждане СССР, окончившие высшие медицинские учебные заведения СССР и получившие звание врача, принимают присягу врача Советского Союза». На основании этого положения Президиум Верховного

Совета СССР своим Указом от 26 марта 1971 г. утвердил следующий текст Присяги врача Советского Союза:

«Получая высокое звание врача и приступая к врачебной деятельности, я торжественно клянусь:

все знания и силы посвятить охране и улучшению здоровья человека, лечению и предупреждению заболеваний, добросовестно трудиться там, где этого требуют интересы общества;

быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, внимательно и заботливо относиться к больному, хранить врачебную тайну;

постоянно совершенствовать свои медицинские познания и врачебное мастерство, способствовать своим трудом развитию медицинской науки и практики;

обращаться, если этого требуют интересы больного, за советом к товарищам по профессии и самому никогда не отказывать им в совете и помощи;

беречь и развивать благородные традиции отечественной медицины, во всех своих действиях руководствоваться принципами коммунистической морали, всегда помнить о

высоком призвании советского врача, об ответственности перед народом и Советским государством.

Верность этой присяге клянусь пронести через всю свою жизнь».

В советском законодательстве до последнего времени не было определенного положения о врачебной тайне, если не считать п. 10 постановления СНК УССР «О правилах, регулирующих профессиональную работу медперсонала» (1924 г.), который гласит: «...Медицинскую тайну надлежит открывать по требованию судебных властей, а также в тех случаях, когда сокрытие тайны явно угрожает здоровью окружающих». Здесь отсутствует прямое указание на обязанность врача сохранять врачебную тайну, как нет, впрочем, и четкой оговорки, что нельзя нарушать ее в каких-либо других, кроме двух указанных, случаях. Конечно, такая односторонняя и неполная формулировка не могла стать правовой основой для решения этого сложнейшего вопроса на практике.

Согласно статье 16 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении «врачи и другие медицинские работники не вправе разглашать ставшие им известными в силу исполнения профессиональных обязанностей сведения о болезни, интимной и семейной сторонах жизни больного». Здесь четко определено, что сведения, касающиеся чести и личного достоинства не только больного, но и лиц, состоящих с ним в семейных или интимных отношениях, не подлежат разглашению, если они получены в силу традиционного доверия больного к врачу, убеждения в том, что полная откровенность — непременное условие успеха в лечении. Причем сохранять врачебную тайну должен любой медицинский работник.

Сведения о болезни граждан должны сообщаться только руководителям учреждений здравоохранения, а также следственным и судебным органам по их требованию. Такая формулировка исключает возможное посягательство на законные права больного, но в то же время подчеркивает приоритет интересов общества.

Учитывая то, что указанный в листах нетрудоспособности диагноз заболевания нежелательно подвергать огласке, поскольку это может быть источником серьезных переживаний для больного и его близких, МЗ СССР и ВЦСПС приступили к разработке мер для радикального решения этой проблемы.

В информационном письме министерства здравоохранения СССР «О мерах по сохранению медицинскими работниками врачебной тайны» (№ 01—27/13 от 8.12.1976 г.)

предлагается ряд мер, способствующих сохранению врачебной тайны. Рекомендуются максимально сузить круг лиц, допущенных к работе с листами нетрудоспособности, разработать специальные шифры, призванные заменить диагнозы заболеваний, проставляемые в больничных листах, повысить ответственность за сохранение медицинской документации и разрешить допуск к ней небольшому кругу лиц.

Раздел IV Основ «Лечебно-профилактическая помощь населению» содержит ряд статей, регламентирующих права и обязанности медицинских и фармацевтических работников.

Следует обратить внимание на два принципиальных положения. Статья 33 посвящена порядку оказания гражданам лечебно-профилактической помощи. Она гласит: «Лицам, пострадавшим от несчастных случаев или оказавшимся вследствие внезапного заболевания в состоянии, требующем срочной медицинской помощи, эта помощь оказывается безотлагательно ближайшим лечебно-профилактическим учреждением независимо от ведомственной подчиненности.

Медицинские и фармацевтические работники обязаны оказывать первую неотложную медицинскую помощь гражданам в дороге, на улице, в общественных местах и на дому».

Таким образом, окончательно снимаются все спорные вопросы о квалификации, специальности и служебной принадлежности медработников, а также об их рабочем или свободном времени, об административно-территориальной принадлежности места происхождения и т. д.

Статья 34 о применении методов диагностики, лечения и лекарственных средств содержит положение, согласно которому «в медицинской практике врачи применяют методы диагностики, профилактики и лечения, лекарственные средства, разрешенные Министерством здравоохранения СССР».

Не случайно здесь нет категорического указания, например, «должны применять», «обязаны применять». Очень строгая регламентация там, где от врача требуется творческий подход, умение идти на оправданный риск, не послужила бы интересам отдельного больного, ни прогрессу медицинской науки. Далее в этой же статье говорится о том, что «...врач может применять новые, научно обоснованные, но еще не допущенные к всеобщему применению методы диагностики, профилактики, лечения и лекарственные средства». Однако предусмотрены необходимые ограничения. Ограничен врач в следующем. Во-первых, его действия

должны осуществляться в интересах излечения больного, во-вторых, необходимо иметь согласие последнего (или лиц, которые по закону обладают таким правом), в-третьих, должен соблюдаться порядок применения указанных методов диагностики, профилактики, лечения и лекарственных средств, устанавливаемый Министерством здравоохранения СССР.

Очень важное положение содержится в статье 37, согласно которому исполнительные комитеты местных Советов, все предприятия и учреждения обязаны предоставлять необходимые помещения и транспорт, а также оказывать всякую иную помощь и содействие врачам и другим медицинским работникам при выполнении их профессиональных обязанностей. Предусмотрено также, что при состоянии, угрожающем жизни больного, врач или другой медицинский работник может использовать бесплатно любой из имеющихся в данной обстановке видов транспорта для проезда к месту нахождения больного или для его транспортировки в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение.

Одной из ответственных обязанностей врачей является работа в комиссиях по освидетельствованию призывников в ряды Советской армии, а также по выполнению экспертных функций.

Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы проводятся по постановлению представителей органов следствия или определению суда. В соответствии с законодательством СССР и союзных республик в случае отсутствия штатного судебно-медицинского эксперта или эксперта-психиатра проведение этих видов экспертизы может быть поручено органами следствия или суда другому врачу, именуемому в таких случаях врачом-экспертом.

В Основах законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении содержатся не только положения, касающиеся прав и обязанностей медицинских работников, но и предусматривающие ответственность за нарушение профессиональных обязанностей.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ

На медицинских работников полностью распространяются положения трудового законодательства Союза ССР и союзных республик.

За образцовое выполнение своих обязанностей, продолжительную и безупречную работу, новаторство в труде и за другие достижения врачу может быть объявлена благодар-

ность, выдана премия, он может быть награжден ценным подарком, Почетной грамотой и т. д. (статья 143 Кодекса законов о труде УССР). За особые трудовые заслуги врач представляется в установленном порядке к награждению орденами и медалями, Почетными грамотами, наградами значками, присвоением звания Заслуженного врача.

Указом Президиума Верховного Совета СССР от 25.10.1977 г. учреждено почетное звание «Народный врач СССР», что свидетельствует об огромной значимости медицинской профессии.

Вместе с тем за нарушение профессиональных обязанностей в соответствии с трудовым законодательством (статья 147 Кодекса законов о труде УССР) на врача накладываются следующие дисциплинарные взыскания: замечание, выговор, строгий выговор, перевод на нижеоплачиваемую работу.

За систематическое невыполнение профессиональных обязанностей без уважительных причин или грубое нарушение трудовых обязательств медицинский работник может быть уволен с работы.

Медицинский работник, выполняющий воспитательные функции (например, преподаватель вуза, медицинской школы, техникума), увольняется за совершение аморального поступка, несовместимого с выполнением данной работы.

К дисциплинарным проступкам медицинских работников относятся следующие административные нарушения: невыполнение распоряжений руководителей лечебных учреждений, инструкций и приказов вышестоящих руководителей здравоохранения, нарушение правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, нарушение трудовой, производственной и учебной дисциплины (прогулы и опоздания на работу), небрежное отношение к выполнению своих служебных обязанностей и т. д.

Статья 17 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении «Ответственность медицинских и фармацевтических работников за нарушение профессиональных обязанностей» гласит, что «медицинские работники, нарушившие профессиональные обязанности, несут установленную законодательством дисциплинарную ответственность, если эти нарушения не влекут по закону уголовной ответственности».

Дисциплинарное взыскание можно применять не позднее чем через месяц со дня обнаружения проступка и через шесть месяцев со дня его совершения. Прежде чем решить вопрос о наложении дисциплинарного взыскания, работнику предлагают представить письменное объяснение своего

проступка с тем, чтобы как можно полнее выяснить все обстоятельства.

Кроме того, медицинские работники в случаях, предусмотренных законодательством, несут полную или частичную материальную ответственность за ущерб, причиненный лечебному учреждению.

Иногда медицинские работники привлекаются к судебной ответственности.

Советское законодательство под преступлением понимает «предусмотренное уголовным законом общественно опасное деяние (действие или бездействие), посягающее на советский общественный или государственный строй, социалистическую систему хозяйства, социалистическую собственность, личность, политические, трудовые, имущественные и другие права граждан, а равно иное, посягающее на социалистический правопорядок, общественно опасное деяние, предусмотренное уголовным законом» (статья 7 УК УССР).

Причем в каждом преступлении должны четко выявляться такие элементы: противоправное (противозаконное) действие (бездействие); вред, им нанесенный, или возможность наступления такового; причинная связь между деянием и нанесенным вредом; умысел или неосторожность в деяниях определенного лица (статьи 7—9 УК УССР).

Особенность профессиональных преступлений медицинских работников состоит в том, что в данном случае субъектом состава преступления выступают медицинские работники (врачи или лица со средним медицинским образованием), а объектом преступного посягательства, как правило, является здоровье людей. Наряду с применением таких мер наказания, как лишение свободы, исправительные работы, штраф и т. д., по приговору суда врач, допустивший небрежное отношение к своим обязанностям, может быть лишен права заниматься врачебной деятельностью на срок до пяти лет (статья 31 УК УССР).

В соответствии со статьей 39 УК УССР суд назначает наказание в пределах, установленных статьей закона, предусматривающей ответственность за совершенное преступление. При определении конкретной меры наказания суд принимает во внимание как смягчающие, так и отягощающие вину обстоятельства. К смягчающим обстоятельствам, например, относятся: положительные характеристики с места

¹ Уголовный кодекс (УК) — законодательный акт, устанавливающий поводы и пределы уголовной ответственности, признаки деяний, признаваемых преступлениями, и меры наказания за них.

работы и о поведении в быту, предотвращение вредных последствий и добровольное возмещение причиненного вреда, чистосердечное раскаяние в содеянном, явка с повинной и т. д. (статья 40 УК УССР). К отягощающим вину обстоятельствам относятся: совершение преступления повторно или с использованием подчиненного или иного зависимого по положению лица, на почве корысти, тяжкие последствия совершенного преступления, совершение преступления в отношении малолетнего, престарелого или лица, находящегося в беспомощном состоянии, и т. д. (статья 41 УК УССР).

В Уголовном кодексе УССР предусмотрена ответственность медицинских работников за следующие профессиональные правонарушения: незаконное производство аборта (статья 109), неоказание помощи больному лицом медицинского персонала (статья 113). Наравне с лицами других профессий врачей нередко привлекают за халатность (статья 167), служебный подлог (статья 172), заведомо ложное заключение (статья 178), злостное уклонение от явки или отказ от дачи заключения (статья 179), разглашение данных предварительного следствия или дознаний (статья 181), незаконное врачевание (статья 226), нарушение правил по борьбе с эпидемиями (статья 227), изготовление или сбыт ядовитых, сильнодействующих и наркотических веществ (статья 229)¹.

Незаконное производство аборта. За это преступление врач по статье 109 Уголовного кодекса УССР наказывается исправительными работами на срок до одного года, штрафом в размере до пятидесяти рублей или общественным порицанием.

Производство аборта лицом без специального медицинского образования наказывается лишением свободы на срок до двух лет. Незаконное производство аборта, вызвавшее длительное расстройство здоровья или смерть, наказывается лишением свободы на срок до шести лет.

С юридической точки зрения, законным признается такое производство аборта, которое выполнялось с согласия женщины врачом только в лечебном учреждении при отсутствии медицинских противопоказаний.

Во всех прочих случаях производство аборта признается незаконным (криминальным) и влечет уголовную ответственность.

Впервые в истории медицины в нашей стране постанов-

¹ Поскольку (согласно статье 4 УК УССР) лица, совершившие преступления на территории Украинской ССР, подлежат ответственности на основании УК УССР, при рассмотрении соответствующих судебных дел мы будем ссылаться на статьи Уголовного кодекса Украинской ССР.

лением Наркомздрава и Наркомюста от 18 июля 1920 г. женщинам было дано право бесплатно делать аборт в больничных условиях. Это же постановление предусматривало уголовную ответственность лиц, виновных в производстве криминального аборта. Легализация абортотворения и проведение их квалифицированными медиками, по выражению профессора судебной медицины И. Ф. Огаркова, «вывела эти операции из подполья и тем самым спасла многие жизни» [46, 29].

В дальнейшем в результате роста благосостояния советского народа и с целью повышения рождаемости 27 июня 1936 г. было принято постановление ЦИК и СНК СССР «О запрещении абортотворения, увеличении материальной помощи роженицам, установлении государственной помощи многодетным, расширении сети родильных домов, детских яслей и детских садов, усилении уголовного наказания за неплатеж алиментов и о некоторых изменениях в законодательстве о разводах».

После принятия данного постановления искусственное прерывание беременности могло производиться только в лечебном учреждении по специальным медицинским показаниям. В связи с этим были созданы специальные медицинские комиссии и разработаны показания к прерыванию беременности.

Учитывая возросший культурный уровень народа и с целью снижения внебольничных абортотворений Президиум Верховного Совета СССР 23 ноября 1955 г. издал Указ «Об отмене запрещения абортотворения». Согласно этому Указу операция искусственного прерывания беременности допускается по медицинским и социальным показаниям только в лечебных учреждениях. Социальные показания определяются, как правило, самой женщиной: по этим показаниям аборт может быть произведен только в первые 12 недель беременности. Медицинские показания к абортотворению возникают, когда беременность и роды угрожают здоровью и жизни женщины: заболевания центральной нервной системы, сопровождающиеся психическими расстройствами, органические заболевания сердца, кровеносных сосудов, печени, почек, злокачественные новообразования, открытые формы туберкулеза легких, тиреотоксический зоб, не поддающиеся лечению токсикозы беременности и т. д. По этим показаниям аборт может быть произведен и в сроки свыше 12 недель.

Отмена запрещения абортотворения дала возможность устранить большой вред, причиняемый здоровью женщины абортотворением, производимым вне лечебных учреждений и часто невежественными людьми.

В соответствии с этим Указом 29 ноября 1955 г. был издан приказ министра здравоохранения СССР № 258 и введена инструкция «О порядке проведения операции прерывания беременности — аборта», ликвидированы врачебные комиссии по разрешению искусственного прерывания беременности.

В настоящее время аборт производится всем женщинам, обращающимся по поводу этой операции в соответствующие лечебные учреждения. Однако предварительно беременная женщина должна быть обследована врачом консультации или родильного дома. При отсутствии противопоказаний ей дают направление в стационар, где производят соответствующую операцию с заполнением истории болезни и внесением всех сведений об аборте в операционный журнал.

Казалось бы, что в настоящее время женщины, желающие прервать беременность, имеют для этого все возможности и что причин, побуждающих к нелегальному аборту, нет. Но тем не менее в ряде случаев это все же происходит, с одной стороны, из-за желания отдельных женщин скрыть факт беременности, а поэтому и прервать ее нелегально, с другой — вследствие корыстных побуждений лиц, виновных в производстве таких абортов.

Криминальные аборты особенно опасны потому, что производятся они в несоответствующих условиях и часто лицами, не обладающими для этого нужными знаниями и достаточными средствами.

Опасность криминальных абортов заключается в осложнениях, которые могут возникнуть при этом. Наиболее частым осложнением при механических способах прерывания беременности является прободение матки с последующим кровотечением, повреждением других внутренних органов и перитонитом, заканчивающееся часто летальным исходом. При введении в полость матки различных растворов смерть может наступить либо от воздушной эмболии, либо от отравления ядовитыми веществами. Иногда смерть наступает от шока при попытке введения каких-либо предметов в канал шейки матки либо при производстве горячих спринцеваний.

При летальном исходе во время криминального аборта виновные в этом пытаются скрыть факт содеянного, прибегая к различным методам.

Так, по материалам дела, рассмотренного в Бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ УССР, 18 августа 1972 г. в 7 ч на улице был обнаружен в мешке труп гр-ки Г., 25 лет. В ходе следствия установлено, что

17 августа вечером в одной из квартир находящегося поблизости дома врач-гинеколог Н. произвела у гр-ки Г. аборт.

После производства криминального аборта врач Н. ушла домой, оставив больную без врачебного наблюдения. Хозяйка квартиры, гр-ка Т., через несколько часов в связи с резким ухудшением состояния больной вызвала врача Н., но было уже поздно. В 2 ч ночи гр-ка Г. умерла.

Чтобы скрыть преступление, врач Н. и гр-ка Т. положили труп в мешок и вынесли из квартиры, бросив его на улице.

По заключению судебно-медицинской экспертизы, смерть гр-ки Г. наступила от острой кровопотери, возникшей на почве перфорации матки, явившейся следствием криминального аборта.

Приведенный случай свидетельствует о том, что как бы ни старался преступник скрыть следы своего преступления, они все равно будут выявлены, а виновные в этом понесут должное наказание.

Однако бывают случаи, когда тяжелые последствия возникают и при проведении аборта в условиях клиники. В подтверждение приводим редчайший пример из экспертной практики С. Б. Гольдштейна, когда при аборте была удалена не только матка, но и петли кишок [15, 225].

Врач Б. производил аборт гр-ке Д. по поводу 9—10-недельной беременности. Ассистировал врачу студент-практикант фельдшерской школы. Во время производства аборта врач заметил, что он вытаскивает что-то странное, однако аборт не прекратил и продолжал вытягивать, как оказалось, петли кишок. Все еще не понимая, что он извлекает, врач обратился с вопросом к вошедшей в то время санитарке. Она сразу же определила, что это кишки, но Б. возразил: «Если это и кишки, то, вероятно, ребенка». Он прекратил аборт, когда гр-ке Д. стало плохо, и, рассмотрев извлеченное, убедился, что в чашке действительно лежат кишки. Тогда врач Б. раздобыл машину и поехал за хирургом. При лапаротомии обнаружилось полное отсутствие всей тонкой кишки и невозможность наложения соустья. Через час после операции гр-ка Д. скончалась.

На судебно-медицинскую экспертизу были доставлены около 10 м тонкой кишки и матка с двумя перфоративными отверстиями. Перед экспертной комиссией ставились следующие вопросы:

1. Можно ли считать врача Б. квалифицированным врачом?
2. В надлежащих ли условиях произведен аборт гр-ке Д.?
3. Чем можно объяснить, что при проведении аборта не только возникло прободение матки, но и были удалены кишки больной?
4. Возможна ли с точки зрения медицины хирургическая операция после такого аборта, которая дала бы положительные результаты, и что врач Б. обязан был предпринять?

Судебно-медицинская экспертиза дала следующее заключение:

1. Как видно из материалов дела и показаний врача Б., он является совершенно неквалифицированным работником по избранной им специальности (акушерство-гинекология), имея лишь семимесячный врачебный стаж.
2. Аборт гр-ке Д. произведен в больничной обстановке, следовательно, при надлежащих условиях.
3. Прободение матки в редких случаях может быть произведено и опытным акушером-гинекологом. Но опытный врач почти всегда сразу определяет момент прободения и немедленно принимает соответствующие

5. Только по наличию мелких лейкоцитарных и лимфоцитарных скоплений в строме миометрия судить о времени, прошедшем с момента разрыва матки до ее удаления, тем более в течение первых часов, трудно. Указанные инфильтраты следует трактовать как реактивные, а не воспалительные.

6. При наличии описанных в акте исследования труп повреждений шейки и тела матки гр-ки Д. не могла свободно ходить, копить сено, ехать автобусом в течение 2 ч, подниматься на четвертый этаж и т. п., не жалуясь при этом на плохое самочувствие. Такого рода повреждения сопровождаются выраженной болью, кровотечением и другими симптомами, которые не могут не замечать окружающие лица.

7. Возникновение самопроизвольного разрыва матки при условии произведенного аборта гр-ке Д. в предшествующие 1—4 дня исключается. Это подтверждается также результатами повторного гистологического исследования внутренних органов (отсутствие воспалительных изменений).

8. Новокаин применяется как обезболивающее средство, главным образом для инфльтрационной анестезии. Раствор новокаина применяется в гинекологической практике и при производстве аборта, некоторых манипуляциях с диагностической целью и др. Обнаружение новокаина в тканях шейки матки указывает на введение его в эту область. Новокаин — вещество нестойкое, в биологических средах и тканях быстро разлагается, сохранность его зависит от введенного количества и сочетания с другими медикаментозными средствами.

9. Срочная операция по поводу начавшегося самопроизвольного аборта без предварительного обследования беременной производится в любое время суток только при наличии осложнений, угрожающих здоровью и жизни женщины (кровотечение и др.).

Согласно истории болезни, гр-ке Д. в гинекологическом отделении больницы города Л. 16 июля 1972 г. была произведена операция чрево-сечения в связи с подозрением на внематочную беременность.

Плановые операции искусственного прерывания беременности в лечебных учреждениях производятся после обследования женщин (клинического и лабораторного) в период времени, регламентированный внутренним распорядком работы отделения.

10. Перфорация тела матки сопровождается в основном внутренним кровотечением; при повреждении шейки матки преобладает наружное кровотечение, интенсивность которого зависит от калибра поврежденных сосудов. Определить характер кровотечения у гр-ки Д. невозможно в связи с отсутствием записей в истории болезни.

11. Медицинскими инструментами, применяемыми при производстве аборта (кюреткой, абортцангом, двузубцами, пулевыми щипцами и др.), можно причинить повреждения как тела, так и шейки матки. Чем было причинено повреждение шейки и тела матки (указанными медицинскими инструментами или другими предметами), определить не представляется возможным из-за недостаточного полного описания характера поврежденной шейки и тела матки.

12. При производстве врачом аборта в лечебном учреждении принимает участие средний медицинский работник.

13. Смерть гр-ки Д. наступила от кровопотери, обусловленной повреждением шейки и тела матки при осуществлении аборта.

Согласно заключению судебно-медицинской экспертизы, смерть гр-ки Д. наступила в результате перфорации матки, повлекшей за собой острую потерю крови.

Случаи производства криминальных абортов в больничных условиях не единичны. Причем иногда врачи прибе-

гают к различным методам, чтобы скрыть факт допущенного правонарушения.

В Киевское областное бюро на судебно-медицинскую экспертизу были представлены материалы дела по поводу криминального аборта.

Врач А. работающая в отделении одного из научно-исследовательских институтов, произвела вместе с медсестрой и акушеркой аборт гр-ке А., 26 лет, в непригодном для этой операции помещении. Во время операции возникло бурное кровотечение, больная стала терять сознание. Тогда врач попросила медсестру найти такси, гр-ку А. посадили в машину и вывезли из института. В парке ее оставили на скамейке, вызвали машину скорой помощи, а сами скрылись. Женщину в бессознательном состоянии доставили в акушерскую клинику, где ее удалось спасти.

Несмотря на то что гр-ка А. старалась скрыть факт производства ей криминального аборта, преступление было раскрыто и виновные были осуждены по всей строгости закона в соответствии со статьей 109 УК УССР.

Чтобы скрыть факт криминального аборта, некоторые лица прибегают к необычным методам его производства.

Гр-ка В., 40 лет, вдова, забеременела. Не желая иметь ребенка и опасаясь огласки факта беременности, она обратилась не в больницу, а частным образом к фельдшеру П. с просьбой произвести ей аборт.

Для прерывания беременности фельдшер ввел спиртовой настой шпанских мушек (содержащих кантаридин, экстракт спорыньи) вместе с раствором мыла с йодом через брюшную стенку, непосредственно в матку. Как медцинский работник он исходил из того, что при введении abortивного средства непосредственно в стенку матки создается его наибольшая концентрация и действие будет наиболее эффективным.

Кроме того, такой способ введения, по его мнению, затруднял установление причины наступившего аборта, так как никаких влагалищных манипуляций при этом не производилось.

После двукратных инъекций у гр-ки В. появилась схваткообразная боль в животе, поднялась температура, отошли воды. В тяжелом состоянии она была доставлена в больницу, где у нее возникло сильное маточное кровотечение, которое после удаления остатков плодного яйца прекратилось. Однако состояние больной не улучшилось, и при нарастающей сердечной слабости к концу вторых суток она умерла. При химическом исследовании матки и мягких тканей стенки живота в области инъекции найдены кантаридин и эрготин. В почках отмечены явления тотального гломерулонефрита. Все изменения во внутренних органах свидетельствовали о резкой интоксикации [76, 323].

В судебно-медицинской практике встречаются и такие случаи, когда после криминального аборта виновные в его производстве прилагают все усилия для спасения жизни больной, что, безусловно, учитывается судом при определении меры наказания. Так, А. П. Громов описывает следующий случай [21, 50—51].

Врач-психиатр у себя на квартире во время аборта произвел прерывание матки, в связи с чем у больной появилось сильное кровотечение, она стала терять сознание. Врач немедленно вызвал машину скорой помощи и доставил женщину в больницу, где ей была произведена лапаротомия, удалены поврежденные петли кишок. Послеоперационный период прошел благополучно, и на 14-й день она выписалась домой.

Из материалов дела впоследствии выяснилось, что у этой женщины за год до этого аборта при проведении искусственного прерывания беременности в родильном доме также наблюдалась перфорация матки, что потребовало оперативного вмешательства. Однако больная скрыла эти сведения от врача.

Анализ описанного случая показывает, что врач-психиатр хотя и произвел криминальный аборт, совершив тем самым преступление, но в дальнейшем поступил правильно в результате чего женщине удалось спасти.

Учитывая эти обстоятельства, суд ограничился вынесением ему относительно мягкого приговора.

В то же время наступление тяжких последствий вследствие законно произведенного аборта не влечет ответственности врача по указанной статье.

Только в тех случаях, когда в действиях и поступках врача усматривается неосторожность согласно статье 105 УК УССР, врач может отвечать как за неосторожное причинение тяжких или средней тяжести телесных повреждений, так и за неосторожное причинение смерти (статья 105, 98 УК УССР).

Неоказание помощи больному лицом медицинского персонала. По статье 113 УК УССР «Неоказание без уважительных причин помощи больному лицом медицинского персонала, обязанным, согласно установленным правилам, оказать такую помощь, если это заведомо для медицинского работника могло повлечь тяжкие последствия для больного, наказывается исправительными работами на срок до одного года или общественным порицанием.

То же деяние, если оно повлекло тяжкие последствия, наказывается лишением свободы на срок до трех лет».

Следует отметить, что ответственность по статье 113 УК УССР несут все лица медицинского персонала (врачи, фельдшеры, медсестры, акушерки и т. д.), в том числе и не состоящие в данный момент на службе (врачи-пенсионеры, частнопрактикующие), при этом не делается различий и по медицинской специальности, если только это не предусмотрено особыми правилами, инструкциями.

Так, например, по инструкции «О правах и обязанностях участкового медицинского персонала» участковый врач обязан в случае необходимости оказывать помощь на дому больным своего участка при патологических родах, трав-

лениях, тяжелых ранениях, а также при появлении эпидемических заболеваний. Статья 33 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении обязывает медицинских и фармацевтических работников оказывать первую медицинскую помощь гражданам в дороге, на улице, в иных общественных местах и на дому.

Освобождаются от ответственности при неоказании помощи больным лицам медицинского персонала лишь при наличии уважительных причин. Окончание рабочего времени врача, выходящий день — считаются причинами неуважительными. Только такие обстоятельства, как болезнь самого врача, необходимость неотлучно находиться возле другого тяжелого больного человека, а также пребывание на дежурстве и невозможность оставить вместо себя другого работника, признаются уважительными.

В каждой ситуации суду предоставлено право самому учесть все смягчающие вину обстоятельства и решить вопрос о том, являются ли причины уважительными для отказа в медицинской помощи больному.

В сельской местности, где нет специальных учреждений скорой помощи, оказывать ее должен персонал врачебного участка во всех случаях, не терпящих отлагательства, независимо от установленных часов работы.

Согласно инструкциям «О порядке и правилах оказания первой неотложной помощи» и «О правах и обязанностях участкового медицинского персонала» к таким случаям относятся тяжелые травматические повреждения, отравления и заболевания, угрожающие жизни.

Первая врачебная помощь, не требующая специальных знаний, приемов, приспособлений и инструментария, должна оказываться каждым медицинским работником, независимо от того, состоит ли он на соответствующей службе в каком-либо учреждении.

Что же касается объема этой медицинской помощи, то она определяется пределами профессиональной компетенции данного медицинского работника.

Если прибывший к больному медицинский работник из-за недостатка специальных знаний или же по другой причине не может оказать необходимую неотложную помощь, он обязан вызвать другого медицинского работника или же доставить больного в лечебное учреждение.

Дела, связанные с привлечением врачей к ответственности в связи с неоказанием медицинской помощи наблюдаются редко. Это, по-видимому, обусловлено тем, что медицинские работники четко знают свои права и обязанности и добросовестно их выполняют, а также тем, что в на-

шей стране широко развита сеть скорой и неотложной помощи.

Можно привести множество примеров, когда, оказывая помощь больному, врачи жертвовали своим здоровьем, а иногда и жизнью.

Однако бывают, к сожалению, еще случаи недостойного поведения врача по отношению к больному.

Так, в связи с расследованием факта смерти гр. Д. в Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ УССР были представлены материалы следующего дела.

Гр. Д., 36 лет, страдал пояснично-крестцовым радикулитом. В связи с обострением заболевания ему было назначено 5 инъекций пирабутола.

После пятой инъекции 8 мая 1972 г. у больного начала развиваться аллергическая реакция на введение препарата; 9 и 10 мая ему несколько раз оказывали неотложную медицинскую помощь, однако состояние не улучшалось. Поэтому машиной скорой помощи с диагнозом «лекарственный инфильтрат, сепсис» он был транспортирован в городскую больницу, но дежурный врач К. ему отказал в госпитализации. Спустя несколько часов гр. Д. вновь был доставлен в ту же больницу уже с диагнозом: коллапс, аллергическая реакция на введение пирабутола, флегмона в области правой ягодицы. На следующий день, 11 мая 1972 г., больной умер.

Судебно-медицинская экспертиза после изучения всех материалов дела пришла к выводу, что отказ от госпитализации больного Д. врачом К. был не обоснован.

По заключению экспертной комиссии, при своевременном хирургическом вмешательстве могло не наступить распространение гнойно-некротического процесса и бурное развитие интоксикации и смертельный исход можно было бы предотвратить.

Довольно часто перед экспертными комиссиями ставят вопрос о своевременности оказания медицинской помощи, что влияет на дальнейший ход лечения и его последствия.

В судебно-медицинской практике встречаются дела, возбужденные в связи с тяжелыми последствиями, наступившими в результате не только несвоевременной, но и недостаточно полной медицинской помощи.

Школьница П., 14 лет, 4 января 1972 г. обратилась к врачу-хирургу Г. по поводу панариция II пальца правой кисти. Ей был сделан компресс с мазью Вишневского.

Панариций был вскрыт 5 января 1972 г. под анестезией 1% раствором новокаина. Местный воспалительный процесс стал уменьшаться. Но на третий день после операции общее состояние девочки резко ухудшилось: повысилась температура тела до 37,8—38°C, появилась боль в области поясницы, правого тазобедренного сустава. В связи с этим 7 января 1972 г. отец доставил девочку к хирургу Г., однако врач не выяснила причину ухудшения состояния ее здоровья, не организовала необходимую консультацию специалистов, а лишь дала совет: если состояние больной не изменится, вызвать врача на дом.

Девятого января 1972 г. девочка была направлена в инфекционную больницу с диагнозом постгриппозный энцефаломиелит. В инфекционной

больнице поставлен диагноз: гематогенный остеомиелит правого тазобедренного сустава, в связи с чем ее в этот же день перевели в травматологическое отделение. После исследования спинномозговой жидкости консилиум врачей 13 января 1972 г. установил диагноз: сепсис, менингоэнцефалит, васкулит. Была назначена интенсивная антибактериальная и дезинтоксикационная терапия. Однако состояние больной не улучшилось, и 14 января 1972 г. она умерла.

При расследовании факта смерти больной П. перед судебно-медицинской экспертизой были поставлены следующие вопросы:

1. Правильно ли была выбрана методика оперативного вмешательства, своевременно и верно ли технически она выполнена врачом?

2. Какие нарушения допустила хирург Г. при приеме больной П. 7 января 1972 г., в полном ли объеме произведено ее обследование? Вправе ли была врач Г. отпустить больную, не определив диагноза и не назначив лечения?

3. Не явилось ли последующее заболевание, симптомы которого впервые появились 7 января 1972 г., т. е. спустя 3 дня после операции, результатом внесения инфекции при операции 4 января 1972 г.?

4. Не усугубили ли дальнейшее течение болезни у школьницы П. такие факторы, как невнимательное отношение к ней врача Г., неустановление диагноза 7 января 1972 г.?

5. Все ли методы антибактериальной и дезинтоксикационной терапии были использованы в травматологическом отделении после установления диагноза — сепсис?

6. Мог ли развиться сепсис у девочки П. с 5 января 1972 г. (с момента операции) до 7 января 1972 г., когда она почувствовала недомогание и боль в правой ноге?

7. Является ли данное заболевание (панариций II пальца правой кисти) причиной смерти ученицы П.?

8. Что в основном определило исход заболевания: характер его и тяжесть течения или ошибки, допущенные при диагностике, лечении в стационаре?

Изучение всех материалов дела позволило экспертной комиссии прийти к следующим выводам.

1. Из амбулаторной карты видно, что 4 января 1972 г. девочка П. была в поликлинике на приеме у врача Г., который диагностировал панариций.

2. Этим же врачом 5 января 1972 г. была произведена операция — разрез панариция. Однако из-за недостаточного полного отражения в амбулаторной карте характера и объема хирургического вмешательства (не указана точная локализация разреза, его глубина, длина, характер обезболивания, количество и характер раневого отделяемого и пр.) судить о правильности выполнения техники операции и выбранной для этого методики невозможно.

3. При обращении девочки П. 7 января 1972 г. с жалобами на появившуюся высокую температуру тела, боль в пояснице, тазобедренном суставе хирург Г. обязана была госпитализировать ее для обследования и установления диагноза.

4. Проникновение в организм школьницы П. инфекции не являлось в данном случае следствием оперативного вмешательства, так как панариций сам по себе уже есть результат местного внедрения инфекции.

5. Можно считать, что летальный исход заболевания в данном случае предопределила недооценка хирургом Г. 7 января 1972 г. тяжести состояния девочки. Это повлекло за собой несвоевременную госпитализацию, запоздалую диагностику и лечение при развившемся у нее осложнении — сепсисе.

6. По данным истории болезни травматологического отделения стационара, у больной П. 13 января 1972 г. был диагностирован сепсис. Тактика ведения больной в этот период и ее лечение в основном проводились правильно.

7. Так как при исследовании крови больной на стерильность был выделен патогенный стафилококк, следует полагать, что сепсис у нее протекал молниеносно и развивался в течение нескольких дней (5—7 января 1972 г.).

8. Причиной смерти больной П. явился сепсис, входными воротами которого, надо полагать, послужил панариций II пальца правой кисти.

Приведенные примеры свидетельствуют о том, что некоторые врачи недостаточно четко уяснили всю полноту ответственности, которую они несут при выполнении своего профессионального долга — оказания своевременной, квалифицированной медицинской помощи больному.

Иногда врачи невнимательны к жалобам больных, считая их недостаточно серьезными и полагаясь на то, что все пройдет само по себе.

Для подтверждения приводим материалы дела, поступившего в Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ УССР.

На прием к врачу 4 июля 1978 г. больная пришла с жалобами на то, что занозила палец правой руки и он сильно болит. Не осмотрев место повреждения и не приняв никаких мер, врач посоветовал ей идти домой и парить палец. 8 июля больная снова обратилась к этому же врачу и он амбулаторно вскрыл панариций, а на следующий день машиной скорой помощи с диагнозом сепсис она была доставлена в хирургическое отделение больницы, где 31 августа умерла. Признавая врача виновным по II части статьи 113 УК УССР, суд указал в приговоре, что неоказание помощи больной 4 июля и неквалифицированная помощь 8 июля повлекли за собой смерть больной.

Следует отметить, что оказание помощи человеку, находящемуся в опасном для жизни положении, является обязанностью не только медицинского работника, но и каждого советского гражданина.

Согласно статье 112 УК УССР, которая гласит: «Неоказание помощи лицу, находящемуся в опасном для жизни положении, при возможности оказать такую помощь, или несообщение о таком положении лица надлежащим учреждениям или лицам, если вследствие этого наступили смерть или тяжкие телесные повреждения, наказываются исправительными работами на срок до шести месяцев или общественным порицанием», к уголовной ответственности может быть привлечен любой гражданин, если он сам не оказал помощи лицу, находящемуся в опасном для жизни состоянии, или не сообщил надлежащим лицам или учреждениям об этом. Уголовная ответственность за подобного рода деяние или бездействие полностью соответствует

нравственным принципам советского общества, в силу которых любой советский человек должен прийти на помощь лицу, оказавшемуся в положении, угрожающем его жизни.

Мотивы, по которым виновный не оказал помощи потерпевшему (например, нежелание затруднить себя, неприязненные отношения, боязнь), для квалификации преступления значения не имеют. Они могут быть учтены судом при назначении меры наказания [42, 336].

В связи с вышесказанным об обязанности медицинского работника оказать помощь человеку, жизни которого угрожает опасность, следует упомянуть о малообоснованных или, скажем прямо, ложных вызовах кареты скорой помощи — иногда по пустякам, а то и из хулиганских побуждений. Хотя такие факты и встречаются редко, говорить о них следует, так как они порочат наш образ жизни и несовместимы с нашей моралью. С подобными фактами нужно вести борьбу не только мерами общественного воздействия, но и силами закона.

Так, в некоторых социалистических странах в случаях необоснованного вызова бригада скорой помощи вправе оштрафовать виновников.

Нам представляется, что серьезные меры административного воздействия и уголовного наказания по отношению к таким лицам будут способствовать повышению ответственности граждан и улучшению экстренной медицинской помощи тем, кто в ней действительно нуждается.

Халатность. Практика судебно-медицинских экспертиз показывает, что среди обвинений, предъявляемых к медицинским работникам, чаще всего встречается обвинение в халатном отношении к своим служебным обязанностям.

Статья 167 УК УССР гласит: «Невыполнение или ненадлежащее выполнение должностным лицом своих служебных обязанностей вследствие небрежного или недобросовестного к ним отношения, причинившее существенный вред государственным либо общественным интересам или охраняемым законом правам и интересам отдельных граждан, наказывается лишением свободы на срок до двух лет или исправительными работами на срок до одного года».

Научно-практический комментарий к УК УССР разъясняет, что невыполнение должностным лицом своих служебных обязанностей проявляется в его бездействии, в то время как служебный долг обязывал его действовать определенным образом, а ненадлежащее — в действии, совершенном не так, как надо. Невыполнение или ненадлежащее выполнение должностным лицом своих служебных обязанностей может проявляться не только в единичном бездействии

вии или действию, но также и в систематической бездельности или в целом ряде действий, совершенных не так как надо.

Формы халатности в действиях врача различны: они проявляются чрезмерно поспешным, невнимательным сбором анамнеза, а иногда игнорированием его, поверхностным обследованием больного, что влечет за собой ошибочный диагноз и неправильное лечение.

Халатность или небрежность врача иногда связана с неиспользованием различных технических средств, имеющихся в его распоряжении, что также может привести к грубым диагностическим ошибкам и тяжелым последствиям.

В качестве примера небрежного подхода к диагностике заболевания и неиспользования имеющихся в распоряжении врача соответствующих аппаратов и приборов можно привести следующий случай из практики Киевского областного бюро судебно-медицинской экспертизы.

Врач станции скорой медицинской помощи Ш. был вызван к больной И. 25 февраля 1965 г. Не произведя тщательного осмотра больной в частности не измерив артериальное давление (гр-ка И. в течение последних десяти лет страдала гипертонической болезнью), врач Ш. ограничился лишь беглым осмотром нижней части живота и на этом основании поставил диагноз: внематочная беременность, затем приказал фельдшеру и санитару подготовить больную для доставки в гинекологическое отделение. В стационаре диагноз не подтвердился, но даже срочные меры не смогли спасти жизнь женщины. Судебно-медицинское исследование трупа установило, что причиной смерти гр-ки И. явилось кровоизлияние в мозг, возникшее на почве гипертонической болезни.

Нередко проявляется халатное отношение к пострадавшим, находящимся в состоянии алкогольного опьянения. Для примера приводим следующий случай [44, 69].

Гр. Л. получил удар в область головы. Машинной скорой помощью он был доставлен в больницу. Дежурный врач, осмотрев пострадавшего и не найдя внешних повреждений, решила, что он просто пьян, и отправила его в милицию. Однако работники милиции через три часа вновь доставили его в хирургическое отделение стационара. В больнице потерпевший показывал на голову, пытался говорить, но речь его была невнятной. Был установлен диагноз: сотрясение мозга, опьянение в тяжелой степени. На следующий день утром при осмотре обнаружены гематома височной области головы, анизокория, правосторонний птоз. Последовал новый диагноз: перелом правой височной кости и сотрясение головного мозга. Через день больной скончался. При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружен закрытый перелом правой височной кости и субдуральная гематома.

При своевременной и квалифицированной диагностике и соответствующей медицинской помощи жизнь пострадавшего могла быть спасена.

В экспертной практике известны случаи, когда врач на-

чинал хирургическую или другую операцию без надлежащей подготовки, проявляя при этом преступную самонадеянность, так как должен был предвидеть опасные для больного последствия своих действий.

Пример неподготовленности к операции, повлекшей за собой смертельный исход, приводит И. Ф. Огарков [46, 44].

Дежурный акушер-гинеколог принял больную, которая, по его мнению, нуждалась в операции кесарева сечения. Не осмотрев женщину внимательно, врач приступил к операции без достаточного количества помощников, без запаса консервированной крови, не пригласив консультанта, хотя такая возможность была. Во время операции он обнаружил неправильное приращение плаценты, в связи с чем должен был произвести удаление матки. Однако, из-за отсутствия соответствующей подготовки и необходимых средств для такой операции, врач вынужден был от нее отказаться. Больная погибла от кровотечения.

По заключению экспертной комиссии, врач проявил преступную самонадеянность, выразившуюся в сознательном пренебрежении правилами подготовки к хирургическим вмешательствам и мерам предосторожности.

О небрежном, поверхностном обследовании больного может свидетельствовать дело по расследованию факта смерти гр. С. (Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ УССР).

Гр. С. 19 декабря 1977 г. обратился в поликлинику в тяжелом состоянии, но, несмотря на это, осматривавшие его терапевт и хирург отправили его домой, мотивируя отказ госпитализировать больного отсутствием свободных мест в стационаре. В этот же день больной умер в результате перфоративной язвы желудка, осложнившейся разлитым перитонитом и шоком. По заключению экспертной комиссии, при обращении С. в поликлинику 19 декабря врачами терапевтом и хирургом была дана неправильная оценка состояния его здоровья, не было распознано грозное осложнение — перфорация язвы желудка. У больного были все показания к срочной госпитализации в хирургическое отделение, он нуждался в тщательном обследовании и срочном оперативном вмешательстве. Неправильно установленный диагноз и неоказание помощи больному в данном случае вызваны поверхностным обследованием больного и недостаточной квалификацией хирурга.

В халатном, небрежном отношении к выполнению своих служебных обязанностей обвиняют врачей и медицинских работников также в тех случаях, когда больным вводятся не предназначенные им лекарственные вещества, что вызывает тяжкие последствия [57, 63—64].

В поликлинику обратился мужчина по поводу травмы большого пальца левой руки из-за ущемления его дверцей автомашины. На рентгенограмме был обнаружен небольшой отрыв края основания дистального фаланги. Для ликвидации боли и отечности хирург поликлиники решил сделать новокаиновую блокаду. Не посмотрев внимательно на этикетку раствора для инъекции, который дала ему медицинская сестра, он ввел 20 г под кожу пальца. После того как больной стал сильно стонать,

Гр. X-17 декабря 1971 г. в 20 ч нанес своей жене X., 27 лет, удары поже-
в спину и ягодицу. Каретой скорой помощи гр-ка X. доставлена в ста-
ционар (история болезни № 2889) в состоянии средней тяжести с ди-
гнозом: проникающее ранение левой половины грудной клетки, гемато-
ракс, колотая рана левой ягодицы. Пострадавшей срочно произведен
левосторонняя передне-боковая торакотомия с ушиванием раны легкого
и плевры и перевязка межреберных сосудов. Из левой плевральной по-
лости удалено около 300 мл жидкой крови со сгустками, полость обиль-
но промыта антибиотиками. После дренирования плевральной полости
сепдем межреберье рана ушита наглухо и наложена асептическая по-
вязка. Рана же в области ягодицы, как неглубокая, была оставлена без
ревизии и хирургической обработки. Состояние больной в последующие
дни продолжало оставаться без изменений. При осмотре 21 декабря
1971 г. в области левой ягодицы отмечался обширный инфильтрат, со-
здавалось впечатление развития глубокой межмышечной флегмоны.
Вскрытие флегмоны в этот же день выявило нагноение мягких тканей
которые были удалены, рана тампонирована марлей с гипертоническим
раствором натрия хлорида.

В последующие дни состояние ухудшилось, у больной периодически
поднималась температура тела до 39—40°C. Беспокоила резкая боль в
левой половине грудной клетки и в области ягодицы. При тщательной ре-
визии раны в области ягодицы 6 января 1972 г. обнаружен гнойный за-
тек в области левого крестцово-подвздошного сустава, куда корнцанг
проник на глубину до 4 см.

При исследовании гноя, выделяемого из ран, обнаружен устойчивый
к антибиотикам стафилококк, в связи с чем назначено дополнительное
лечение стафилококковым анатоксином. С 10 января 1972 г. состояние
здоровья гр-ки X. начало резко ухудшаться. Беспокоила резкая боль в
области ягодицы и левой нижней конечности. При консультации невро-
патолога установлен диагноз острого воспаления левого тазобедренного
сустава. При фистулографии обнаружен затек контрастного вещества
вверх и вниз на бедро, в связи с чем 22 января произведена операция.
При ревизии раны установлено, что затек распространяется по задней
области левого бедра, межмышечно, достигая средней его трети. Рана-
вой канал и полость затека заполнены тампонами с мазью Вишневского.

Состояние женщины на некоторое время улучшилось. Однако в свя-
зи с инфицированием и нагноением раны в области левой ягодицы, раз-
витием флегмоны мягких тканей левого бедра и левой половины таза с
прорывом гнойных масс в забрюшинную клетчатку, возникновением
остеомиелита костей левой половины таза и головки левой бедренной
кости с разрушением околосуставной сумки левого тазобедренного су-
става состояние больной прогрессивно ухудшалось, и 6 марта 1972 г.
при явлениях нарастающей недостаточности дыхания и кровообращения
гр-ка X. умерла.

Экспертная комиссия при расследовании этого дела к
единому мнению не пришла. В частности, мнения экспертов
разошлись по поводу тактики хирурга при первичной обра-
ботке раны в области левой ягодицы. Одни эксперты счи-
тали, что в день поступления гр-ки X. в стационар доста-
точных показаний для хирургической обработки колото-ре-
заной раны левой ягодицы не было и что такие показания
появились лишь в дальнейшем, при наличии инфицирова-
ния, потребовавшего хирургической обработки, которая и
была сделана. В подтверждение сказанного эксперты

ссылались на то, что существуют такие области, где расще-
пление раневого канала становится опаснее самого ранения.
Одной из таких областей, по их мнению, является ягодица,
так как широкое рассечение живота опасностью по-
вреждения больших участков мышц, которое неминуемо
будет сопровождаться гнойным расплавлением тканей и
ранением крупных артериальных стволов, в связи с чем
может возникнуть опасное для жизни кровотечение. Поэто-
му тактику хирургов в данном случае они сочли оправ-
данной.

В то же время, по мнению других экспертов, врачи-хи-
рурги, оказывающие гр-ке X. медицинскую помощь в день
ее поступления в клинику, поступили неправильно, оставив
без ревизии и хирургической обработки колото-резаную
рану в области левой ягодицы. В данном случае ранение
левой ягодицы было нанесено прямым кухонным ножом
через одежду, что, без всякого сомнения, обусловило инфи-
цирование колото-резаной раны с развитием флегмоны ле-
вого бедра, остеомиелита костей таза и головки бедренной
кости, а также сепсиса, это и послужило причиной смерти
пострадавшей.

Хирург, оказывающий гр-ке X. первую врачебную по-
мощь в условиях хирургического стационара, обязан был
предвидеть возможность этих последствий и принять меры
к их предотвращению, своевременно проведя хирургичес-
кую обработку раны.

Крайне необходимой была и тщательная ревизия поло-
сти этой раны с ее оперативным расширением и детальным
исследованием, чтобы решить, не проникает ли раневой ка-
нал в брюшную полость, полость малого таза или же круп-
ного сустава, не содержит ли в себе инородные тела, нет ли
по ходу его гематомы в толще мягких тканей. Эти сообра-
жения врачами-хирургами также не были учтены, и реви-
зия раны не производилась. Произведенный же врачом Р.
осмотр раны при помощи раздвигания ее краев пинцетом
был явно недостаточным и не мог дать ясной картины, так
как размеры раны были очень невелики (1×0,5 см) и всю
длину раневого канала таким методом осмотреть было не-
возможно.

Общее состояние пострадавшей также не могло препят-
ствовать проведению оперативной ревизии этой раны, так
как в момент поступления в клинику гр-ка X. находилась в
состоянии средней степени тяжести с удовлетворительными
показателями пульса и артериального давления крови, что
позволило провести ей гораздо более серьезную и сложную
операцию — торакотомия.

Таким образом, эксперты усматривали прямую причинную связь между указанными тактическими ошибками наступлением смерти больной и считали, что ответственность за это должен нести врач-хирург, принимавший ее в стационаре.

Это же мнение было высказано и членами экспертной комиссии Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ УССР.

Халатность и небрежность врача иногда проявляются в недобросовестном ведении истории болезни или другой медицинской документации. Значение истории болезни в экспертной и следственной практике, для определения наличия повреждений, их характера, установления степени тяжести телесных повреждений, определения состояния здоровья больного, качества и полноты оказания медицинской помощи и выяснения других вопросов хорошо известно. История болезни, полно и четко отражающая действительное положение, помогает при решении указанных вопросов. В целом ряде случаев экспертные дела решаются на основании медицинских документов, являющихся одним из источников доказательств.

Нет необходимости подчеркивать, насколько важно аккуратное и правильное ведение истории болезни. Однако факты небрежности в этом важном деле далеко не единичны.

Материалы судебно-медицинских экспертиз показывают, что неправильное и невнимательное ведение истории болезни чаще всего состоит в том, что отдельные ее графы остаются незаполненными, отсутствуют даты и подписи врача, сделавшего ту или иную запись, нет достаточно полного описания диагностических и лечебных мероприятий, иногда не вносятся данные специальных исследований.

Высокую степень небрежности иллюстрирует пример приведенный А. П. Громовым. Из истории болезни, доставленной вместе с трупом, направленным на судебно-медицинское исследование из стационара, следовало, что покойный умер... трижды и в различное время: на первой странице документа была проставлена одна дата, в дневнике другая, а в эпикризе — третья [21, 55].

К сожалению, призывы освободить врача от излишней писанины обусловлены не только стремлением сохранить время врача для оказания помощи больному, но и непониманием значения медицинской документации или нежеланием правильно и подробно ее вести. Действительно, необходимо принять меры, направленные на сокращение, улучшение, упорядочение всего дела медицинской

документации. Но этому должна предшествовать огромная организационная работа. А до тех пор история болезни в настоящем виде является официально признанной, и вести ее нужно соответствующим образом. Ведь случаи небрежного и неправильного заполнения истории болезни, листов временной нетрудоспособности и т. д. сами по себе иногда становятся предметом судебно-медицинской экспертизы. Ошибочные записи или отсутствие необходимых сведений, небрежное оформление медицинской документации, по которой очень трудно сделать определенные выводы о течении заболевания или оказанных методах лечения, а также подчистки и исправления свидетельствуют об отсутствии у врача того чувства ответственности, которое необходимо для надлежащего выполнения профессионального долга.

Известный судебный медик профессор А. П. Загрядская в этой связи приводит пример, когда в одной истории болезни, приобщенной к материалам следствия по жалобе на неправильные действия врача-хирурга, описанию операции чревосечения предшествовало изложение симптомов сотрясения мозга. В другом случае эксперты, изучавшие обстоятельства ошибочного введения больному в позвоночный канал нашатырного спирта, не нашли в истории болезни ни указания на дозы назначенных ему медикаментозных средств, ни описания состояния больного после упомянутой инъекции, ни экстренных мер, предпринятых в связи с этим, ни даже упоминания, кто именно произвел эту манипуляцию. Кроме того, в одной из историй болезни, на которую ссылается А. П. Загрядская, изъятый следователем по делу о неказании своевременной помощи, перерывы между записями в дневнике о состоянии больного с тяжелым огнестрельным ранением легкого достигали 24 и даже 30 ч [26, 129].

Для того чтобы уйти от ответственности, некоторые врачи делают подчистки, исправления, дополнения, а иногда даже и полностью переписывают историю болезни, что рассматривается органами следствия как несвоевременное оформление документов.

В этом отношении можно сослаться на дело, представленное в Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ УССР по рассмотрению факта смерти гр-ки П., 26 лет.

19 мая 1976 г. гр-ка П. поступила в родильное отделение ЦРБ, где 20 мая родила доношенного живого ребенка, после чего у нее началось бурное кровотечение, и до 24 мая состояние ее было крайне тяжелым. 25 мая она была перевезена в клиническую больницу, где через 2 дня скончалась. В материалах дела указано, что смерть гр-ки П. наступила

от острой почечной недостаточности, возникшей в результате переливания резус-несовместимой крови, так как, по определению клинической больницы, у нее резус-отрицательная кровь, а в ЦРБ ей была перелита резус-положительная.

В истории родов имелись множественные исправления, подкиски, дописки, касающиеся определения группы крови гр-ки П., количества перелитой ей крови и кровезаменителей, что следствием рассматривалось как попытка скрыть некавалифицированное лечение больной, в связи с чем была проведена судебно-техническая экспертиза документов.

В постановлении же о назначении данной судебно-медицинской экспертизы следователем особо оговорено, что за достоверные данные в истории болезни необходимо принимать только первоначальное содержание записей, установленное судебно-технической экспертизой документов, без подчисток и дописок.

В работе врача небрежность, невнимательность недопустимы, всегда опасны, и с ними нужно вести настойчивую повседневную борьбу на всех участках здравоохранения.

В ряде случаев допущенная врачами халатность или небрежность в работе, повлекшая тяжкие последствия, иногда квалифицируется как неосторожное причинение тяжких или средней тяжести телесных повреждений и наказывается по статье 105 УК УССР, сформулированной следующим образом: «Неосторожное тяжкое или средней тяжести телесное повреждение наказывается лишением свободы на срок до одного года или исправительными работами на тот же срок».

Иногда же действия врача квалифицируются как убийство по неосторожности по статье 98 УК УССР, которая гласит: «Убийство по неосторожности — наказывается лишением свободы на срок до трех лет или исправительными работами на срок до одного года». Причем оно может быть совершено как в результате преступной самонадеянности, так и вследствие преступной небрежности.

С позиции некоторых юристов, это является необоснованным. Так, Ф. Ю. Бердичевский считает необходимым ввести в законодательство статью, предусматривающую уголовную ответственность за неосторожное лишение жизни пациента в результате грубого несоблюдения правил и методов оказания ему медицинской помощи, что внесет ясность в этот сложный вопрос и исключит различные толкования профессионально-неправомерных действий медицинского персонала [4, 86—87].

С нашей точки зрения, такое предложение не лишено оснований.

Служебный подлог. Статья 172 УК УССР гласит: «Слу-

жебный подлог, то есть внесение должностным лицом в официальные документы заведомо ложных сведений, составление и выдача заведомо ложных документов, а также подделка документов, если эти действия совершены из корыстных побуждений или иной личной заинтересованности, наказывается лишением свободы на срок до двух лет, или исправительными работами на срок до одного года, или лишением права занимать определенные должности на срок до трех лет».

В судебно-медицинской практике известны случаи выдачи различных справок, заключений, содержащих заведомо ложные данные о состоянии здоровья, а также выдача листов временной нетрудоспособности здоровым людям. По общему положению рядовой врач, не наделенный организационно-распорядительными функциями или административно-хозяйственными обязанностями, не признается должностным лицом. Но в случае выполнения действий, влекущих определенные правовые последствия (выдача документов о временной нетрудоспособности, об установлении группы инвалидности, об освобождении от воинской обязанности и т. д.), он выступает в роли должностного лица.

Одно из таких дел рассматривалось в Киевском областном бюро судебно-медицинской экспертизы.

Врач З. — рентгенолог районной больницы — обвинялся в том, что выдавал в течение ряда лет заключение о наличии у супругов А. язвенной болезни, на основании чего им была установлена инвалидность, назначена пенсия и выплачена большая сумма денег.

Экспертная комиссия пришла к выводу, что рентгенолог З. давал заведомо неправильные заключения о наличии язвенной болезни у супругов А., так как в условиях данной больницы и при наличии хороших знаний и опыта (высшей категории) он мог установить, что никакой патологии со стороны желудка и двенадцатиперстной кишки у указанных лиц нет.

Встречаются, к сожалению, еще случаи, когда врачи незаконно выдают больничные листы, в связи с чем против них возбуждаются уголовные дела. В этом отношении можно сослаться на дело, прошедшее через Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ УССР в связи с обвинением врача-отоларинголога.

Из постановления следователя о назначении экспертизы известно, что уголовное дело возбуждено по факту выдачи трех больничных листов врачом Х. гр. П. В ходе следствия установлено, что гр. П., не являясь жителем данного района, был оформлен в регистратуре по фиктивному домашнему адресу. Врач Х. выдала гр. П. больничные листы с 22.06. по 5.07. 1976 г. и с 5.08. по 27.08. 1976 г., указав в амбулаторной карте диагноз: правосторонний гнойный отит. Несмотря на длительность заболевания, гр. П. не был госпитализирован, ему не проводились никакие хирургические вмешательства, в частности парацентез с целью отто-

ка гноя из среднего уха. Следствием установлено, что гр. П. в этот период времени вообще не проживал дома, а больничные листы получены не им, а кем-то другим.

В заключении указывалось, что целостность барабанной перепонки и отсутствие рубцовых изменений на них указывают на то, что в последние 2—3 года у гр. П. не было перфоративного гнойного воспаления среднего уха. Это обстоятельство опровергает запись врача отоларинголога Х. в амбулаторной карте гр. П. о наличии у него гноетечения в период июня—августа 1976 г. и указывает на неправомочность поставленного диагноза.

Иногда врачи, допустив небрежность в работе или применив неправильные методы лечения, пытаются скрыть это путем подделки медицинских документов, в частности историй болезни.

К чему это приводит, свидетельствует следующий случай.

Гр-ка Ш. упала на улице, получив при этом ушибы лица и головы. В поликлинике она обратилась за помощью к хирургу П. Последний обработал рану в области носа, наложил шов, но, несмотря на необходимость введения противостолбнячной сыворотки, не сделал этого. Через день дочь гр-ки Ш. обратилась в пункт неотложной помощи районной поликлиники по месту жительства с просьбой направить к ее матери на дом врача для введения противостолбнячной сыворотки (пострадавшая была врачом и понимала, что у нее развивается столбняк). Принявший вызов врач-терапевт С., не выезжая для осмотра больной, направил к ней медсестру П. Прибыв на квартиру к больной и установив, что у нее высокая температура, отечное лицо, медсестра отказалась без консультации врача вводить сыворотку, а врачу сообщила о состоянии гр-ки Ш. Однако и после этого он не выехал для осмотра больной и решения вопроса о дальнейшем ее лечении.

Вечером следующего дня на квартиру к гр-ке Ш. пришел врач П. и, выяснив, что при первичной обработке раны он не ввел ей сыворотку, отправился на пункт неотложной помощи поликлиники, где он работал, и предложил дежурному врачу направить к больной медсестру для введения противостолбнячной сыворотки и анатоксина. Несмотря на принятые меры, больная скончалась от столбняка.

Боясь ответственности, врач П. умышленно совершил подделку и в истории болезни дописал между строк, что больная Ш. «отказалась от введения противостолбнячной сыворотки». Аналогичная запись появилась и в журнале регистрации вызовов неотложной помощи, где работали врач С. и сестра П.

Произведенной по заданию прокуратуры проверкой было установлено, что врач П. систематически не вел документации по оказанию медицинской помощи, не производил профилактики столбняка даже в тех случаях, когда это было показано, что ставило под угрозу здоровье и жизнь многих людей.

В данном случае подделка медицинских документов послужила для врача П. способом сокрытия своего халатного отношения к выполнению служебных обязанностей.

Незаконное врачевание. Обвинение в незаконном врачевании по самой сути таких действий не может относиться

к лицам, получившим высшее медицинское образование и имеющим право заниматься лечебной деятельностью. Именно так и сформулирована статья 226 УК УССР: «Занятие врачеванием как профессией, осуществляемое лицом, не имеющим надлежащего медицинского образования, если это повлекло расстройство здоровья или смерть, наказывается лишением свободы на срок до трех лет».

Из этой статьи следует, что субъектом данного преступления могут быть лица, не имеющие медицинского образования (знахари, гадалки и пр.), или лица среднего и младшего медицинского персонала (сестры, фельдшера, зубные техники, санитарки), а также лица, имеющие законченное высшее медицинское образование, но по той специальности, которая не дает им права заниматься другим определенным видом врачебной деятельности (например, производство гинекологических операций врачом-стоматологом и пр.).

Закон считает занятие врачеванием как профессией в тех случаях, когда такая деятельность наблюдается систематически с извлечением из нее материальной выгоды, дохода (основного или дополнительного), хотя в отдельных случаях вознаграждения могло и не быть.

Таким образом, не может считаться уголовно-ответственным, например, лицо, не имеющее никакого медицинского образования, но оказавшее помощь пострадавшему при несчастном случае, или же человек, который всем и по любому поводу готов посоветовать самое «надежное» средство.

Статья 226 УК УССР предусматривает уголовную ответственность за незаконное врачевание только при наступлении определенных вредных последствий — расстройства здоровья или смерти. Отсутствие таковых исключает уголовную наказуемость по данной статье [43, 596—597].

Непременным условием ответственности по вышеуказанной статье является установление причинной связи между незаконным врачеванием и наступлением вредных последствий. Наступление же смерти вследствие естественного развития болезни без причинной связи с незаконным врачеванием не дает оснований для применения статьи 226.

Выполнение врачебных функций лицом, не имеющим надлежащего медицинского образования, в состоянии крайней необходимости исключает уголовную ответственность.

За незаконное врачевание привлекаются к ответственности, как правило, не медицинские работники, а знахари, шарлатаны, желающие обогатиться за счет больных.

В последние годы знахарство и шарлатанство получили широкое распространение в ряде зарубежных стран. В США

имеются даже специальные организации знахарей, члены которых периодически собираются на съезды, издают огромными тиражами различные рекомендации и т. д.

Знахарство иногда встречается и в нашей стране.

Учитывая высокий общеобразовательный и культурный уровень своих пациентов, стараясь придать своему лечению научный характер, а также принимая во внимание психотерапевтическое воздействие на больного, знахари применяют подчас самые индифферентные вещества, которые если и не дают положительного эффекта, то не приносят вреда. Поэтому случаи привлечения к уголовной ответственности лиц, занимающихся незаконным врачеванием, являются редкостью.

Профессор А. П. Громов приводит пример, когда малограмотная, пожилая женщина по фамилии Здренко лечила злокачественные новообразования настоем обычного сена, но сумела создать себе большой авторитет, используя при этом даже рекламу центральной прессы. Проверка «метода Здренко» в крупной Московской больнице показала его абсолютную неэффективность [18, 168].

В 1977 г. в одном из районов Киевской области ветеринарный врач решил заняться врачебной практикой и лечить различные кожные заболевания у людей. К нему начали обращаться доверчивые люди, которым он выдавал мазь для лечения.

Вскоре одна из его пациенток умерла. При исследовании трупа молодой женщины, которая смазывала выданной мазью кожу груди, обнаружен резкий отек кожи и подкожной основы. При химическом исследовании этих участков кожи и внутренних органов ядов не обнаружено. Лишь при спектрографическом исследовании лоскута кожи, проведенном в Киевском институте судебных экспертиз, выявлена чемерица, представляющая собой травяное растение из семейства лилейных. Ядовитым началом ее являются алкалоиды — протовератрин и нейрин, действующие на центральную нервную систему. В ветеринарии корневище этого растения используют в качестве средства против паразитов. И вот ветеринарный врач решил применить чемерицу для лечения заболеваний кожи у людей. Дело было передано в прокуратуру для привлечения его к уголовной ответственности.

Профессор В. Ф. Черваков приводит следующий случай из экспертной практики [75, 5].

Гр. М. несколько лет занимался на дому лечением лиц, страдающих раком, гипертонической болезнью, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальной астмой. При проверке «лечебной

деятельности гр. М. авторитетной комиссией никакого объективного улучшения состояния здоровья у больных не отмечено. Напротив, у лиц, страдающих язвенной болезнью, которые лечились по методу гр. М., наблюдалось ухудшение язвенного процесса (кровотечение, обострение общего состояния), и они сами отказывались от продолжения лечения.

Комиссия отметила, что свою жену, больную раком желудка, гр. М. даже не пытался лечить по собственному методу, а положил в хирургическую клинику.

Подобные примеры не единичны. Возникает вопрос: почему в наше время, в период бурного научно-технического прогресса, при наличии общедоступной медицинской помощи еще встречаются случаи обращения к знахарям?

Объяснить, отчего так происходит, трудно, ведь к их помощи прибегают не только малограмотные, невежественные люди, но и лица с высшим образованием, считающие себя культурными. Это обычно бывает в тех случаях, когда болезнь трудно поддается лечению, а лечащий врач не смог установить должного контакта с больным и его родственниками. Больной, желая найти у врача сочувствие и усматривая в его отношении невнимательность (да еще если и назначенное лечение оказалось малоэффективным), разуверяется в нем и ищет помощи на стороне. На этом этапе и находят советчики, рекомендуящие порой совершенно малограмотным знахарей-исцелителей.

Социальная опасность людей, занимающихся незаконным врачеванием, состоит в том, что они препятствуют правильному лечению больных, отнимают у них время, наиболее благоприятное для эффективной борьбы с недугом, в ряде же случаев методы и средства, применяемые ими, становятся непосредственной причиной гибели доверчивых людей. А когда речь идет о здоровье человека, мы не можем быть равнодушными, поэтому нужно вести наступление на знахарство всеми методами, в том числе и с помощью закона.

Нарушение правил борьбы с эпидемиями. К профессиональным правонарушениям медицинских работников относятся также действия, идущие вразрез с правилами, установленными в целях борьбы с эпидемиями. Статья 227 Уголовного кодекса УССР гласит, что «нарушение обязательных правил, установленных в целях предупреждения эпидемических и других заразных заболеваний и борьбы с ними, если эти действия повлекли или заведомо могли повлечь распространение заразных заболеваний, наказываются лишением свободы на срок до одного года, или исправительными работами на тот же срок, или штрафом в размере до ста рублей».

При этом имеются в виду специальные правила, содержащиеся в приказах и инструкциях, которые изданы Министерством здравоохранения СССР и соответствующими министерствами союзных республик. К числу нарушений их врачами могут быть отнесены, например, несообщение о заразных заболеваниях при их обнаружении соответствующим органам власти и здравоохранения, невыполнение установленных мер для предотвращения развития эпидемических и иных заразных заболеваний. Сюда относятся также попустительство любым действиям, которые способствуют распространению инфекции (уклонение заразных больных от обязательной госпитализации, специальной санитарной обработки, соответствующих прививок и т. д.). Ответственность по данной статье могут нести и лица, не являющиеся медицинскими работниками. Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении предусматривают огромный комплекс обязательных мероприятий, направленных на обеспечение санитарно-эпидемического благополучия населения, включая меры по ликвидации и предупреждению загрязнений внешней среды, оздоровлению условий труда, быта и отдыха населения, а также по предупреждению заболеваний. Причем осуществление этих мероприятий входит в обязанность всех государственных органов, предприятий и учреждений, а также частных лиц. Контроль за их выполнением и соблюдением санитарно-гигиенических правил осуществляется системой государственного санитарного надзора, предписания которого являются обязательными для всех должностных и частных лиц.

Изготовление или сбыт ядовитых, сильнодействующих и наркотических веществ. Уголовный кодекс УССР (статья 229) предусматривает ответственность за изготовление, сбыт, хранение или приобретение с целью сбыта ядовитых, сильнодействующих и наркотических средств без специального на то разрешения, а также нарушение установленных правил производства, хранения, отпуска, учета, перевозки и пересылки упомянутых веществ. Указанные преступные действия наш закон квалифицирует как посягательство на народное здоровье, поскольку перечисленные вещества в определенных дозах представляют опасность для жизни человека, а в некоторых случаях и для многих людей.

Для правильного определения вида веществ, которые незаконно распространяются, а также их свойств, требуется соответствующее заключение судебно-медицинской экспертизы. К ядовитым принято относить вещества, которые оказывают отравляющее действие на организм при употребле-

нии их даже в малых дозах (мышьяк, стрихнин, синильная кислота и ее соли, сулема и многие другие), а также те, которые Государственная Фармакопея СССР относит к списку «А». Сильнодействующими признаны вещества, представляющие опасность для жизни и здоровья человека при употреблении их в значительных дозах или же при наличии противопоказаний. К ним относятся все снотворные средства, а также протаргол, акрихин, папаверин, анальгин и другие, отнесенные Фармакопеей к списку «Б». К числу наркотических веществ принадлежат вещества, которые при известных условиях способны вызвать наркоманию или даже смерть (опиум, морфий, героин, кокаин, гашиш, понтапон, хлоралгидрат, марихуана, ЛСД и др.).

Ввиду того что изготовление и сбыт наркотических веществ, несмотря на их сравнительно небольшое применение в нашей стране, причиняют или могут причинить значительный вред здоровью граждан и нередко приводят к совершению преступлений, Президиум Верховного Совета СССР 14 декабря 1963 г. ратифицировал Единую конвенцию о наркотических средствах 1961 г., а 25 апреля 1974 г. принял Указ «Об усилении борьбы с наркоманией» [43, 607].

Под хранением ядовитых, сильнодействующих и наркотических средств понимается фактическое обладание ими, независимо от того, делается это открыто или тайно, а ответственность за незаконное хранение их ложится на лицо, в чьем обладании они оказались, независимо от цели, с которой это делалось.

Действия, о которых идет речь, касаются, в основном, фармацевтических работников. Однако бывают случаи, когда и медицинский персонал лечебных учреждений отступает от обязательных норм и положений и нарушает правила хранения, учета и отпуска ядовитых и сильнодействующих веществ, что может привести не только к хищению таких веществ, но и неосторожному применению, приводящему к весьма тяжелым последствиям.

Следует отметить, что благодаря строгим требованиям и особому контролю за производством, хранением, учетом, отпуском и перевозкой ядовитых и наркотических веществ, количество таких правонарушений невелико.

Уголовная ответственность врача при выполнении экспертных функций. Согласно существующему законодательству (статьи 75, 192, 193 Уголовно-процессуального кодекса) и соответствующим статьям уголовно-процессуальных кодексов других союзных республик, врач любой специальности может быть привлечен следствием или судом в качестве

эксперта и должен выполнять экспертные функции в интересах правосудия.

Правильно проведенная, научно обоснованная экспертиза помогает следствию в раскрытии преступлений, экспертиза же, выполненная некачественно, запутывает и тормозит расследование дела.

Судебно-медицинский эксперт или врач-эксперт при выполнении экспертных функций должен четко знать свои права и обязанности, предусмотренные законодательством и инструкцией «О производстве судебно-медицинской экспертизы в СССР». Эксперт обязан являться по вызову органов следствия и суда, а также соблюдать следственную тайну (это в равной мере относится и к студентам, которые в процессе практических занятий знакомятся с данными предварительного следствия). Судебно-медицинский эксперт или врач-эксперт обязан проводить экспертизу и давать заключение по поставленным перед ним вопросам. Если эти вопросы выходят за пределы специальных знаний эксперта или имеющиеся материалы недостаточны для вынесения заключения, эксперт в письменной форме должен сообщить об этом.

Эксперт имеет право знать цели и задачи экспертизы; получать от органов следствия и суда четко сформулированные вопросы; знакомиться с материалами дела; с разрешения органов суда или следствия присутствовать при допросах и задавать вопросы, относящиеся к экспертизе; возбуждать ходатайство о предоставлении дополнительных материалов, необходимых для составления заключения, а в случае сложности экспертизы и необходимости решения специальных вопросов просить о приглашении для участия в экспертизе соответствующих специалистов и давать заключение совместно с ними; требовать от органов следствия и суда времени, необходимого для подготовки ответов на заданные ему вопросы, и пользоваться при этом любыми учебниками и пособиями. Следует помнить при этом, что судебно-медицинский эксперт может решать только вопросы медицинского или биологического характера и не должен отвечать на юридические, технические и другие немедицинские вопросы, в которых он не компетентен. Врач-эксперт вправе получать вознаграждение за проведение экспертизы, если он не является штатным судебно-медицинским экспертом.

Ряд статей УК регламентирует уголовную ответственность экспертов. Так, статья 178 УК УССР предусматривает уголовную ответственность за дачу заведомо ложного заключения: «Заведомо ложное показание свидетеля или

потерпевшего или заведомо ложное заключение эксперта, данные при производстве дознаний, предварительного следствия или в суде, а также заведомо неправильный перевод, сделанный переводчиком в тех же случаях, — наказываются лишением свободы на срок до шести месяцев или исправительными работами на срок до одного года.

Те же деяния, совершенные при расследовании или судебном рассмотрении дела об особо опасном государственном преступлении или таком ином тяжком преступлении, за которое по закону может быть назначено наказание в виде лишения свободы сроком на восемь лет или более или смертной казни, наказываются лишением свободы на срок до трех лет».

Согласно Научно-практическому комментарию к УК УССР (1978) преступление, предусмотренное статьей 178 УК УССР, заключается в умышленном сообщении свидетелем, потерпевшим, экспертом или переводчиком ложных сведений органам дознания, следствия или суду. Ложность заключения эксперта состоит в заведомо неправильных выводах по разрешаемым им вопросам, что может выразиться в ложном изложении фактических данных или неотражении их в заключении, в неправильном объяснении обстоятельств либо в неправильных выводах, не вытекающих из установленных экспертом данных. Содеянное подпадает под статью 178 УК УССР в том случае, если виновный сознает, что сообщает судебно-следственным органам ложные сведения и желает ввести органы правосудия в заблуждение. Если эксперт добросовестно заблуждается относительно достоверности сообщаемых им сведений, в его действиях отсутствует состав преступления. Субъектом рассматриваемого преступления могут быть лица, признанные потерпевшими, привлеченные по делу в качестве свидетелей, экспертов, переводчиков и предупрежденные об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного показания, заключения или осуществление заведомо неправильного перевода [43, 490—491].

Статьями 70, 77, 128 УПК УССР¹ предусмотрено, что лицо, вызванное органами дознания, следствия, прокурором или судом в качестве свидетеля, эксперта или переводчика, обязано явиться и дать показания, заключение или сделать перевод.

¹ Уголовно-процессуальный кодекс (УПК) — сборник правовых норм, регулирующих деятельность следственных органов, суда, прокуратуры, адвокатуры при расследовании и судебном рассмотрении уголовных дел и устанавливающих права и обязанности всех лиц, участвующих в уголовном процессе.

Статья 179 УК УССР предусматривает ответственность за злостное уклонение свидетеля, эксперта или переводчика от явки или отказ от дачи показаний: «Злостное уклонение от явки лица, вызванного органом дознания, предварительного следствия или судом в качестве свидетеля, эксперта или переводчика, а равно отказ свидетеля от дачи показаний либо отказ эксперта или переводчика без уважительных причин от выполнения возложенных на них обязанностей наказываются исправительными работами на срок до трех месяцев, или штрафом в размере до двадцати рублей, или общественным порицанием».

Уклонение от обязательной явки может выражаться в перемене или сокрытии с этой целью своего места жительства, в представлении фиктивных документов о болезни и т. д.

Эксперт имеет право отказаться от дачи заключения в тех случаях, когда поставленный перед ним вопрос выходит за пределы его компетенции или представляемые ему материалы недостаточны для дачи заключения (статья 77 УПК УССР).

«Побуждение свидетеля, потерпевшего или эксперта к отказу от показаний или даче заключений судебно-следственным органам, даче заведомо ложных показаний или заключения путем угрозы убийством, совершением насилия, уничтожением имущества или разглашением позорящих сведений, подкуп свидетеля, потерпевшего или эксперта с той же целью, а равно угроза совершить указанные выше действия из мести за ранее данные показания или заключения наказываются лишением свободы на срок до двух лет или исправительными работами на срок до одного года» (статья 180 УК УССР).

Следует остановиться еще на одном положении. Статья 121 УПК УССР предусматривает, что данные предварительного следствия или дознания могут быть преданы гласности только с разрешения следователя, прокурора или лица, производящего дознание, и лишь в том объеме, в каком они признают это возможным. В необходимых случаях эксперты предупреждаются об ответственности за разглашение данных предварительного следствия или дознания, т. е. знакомятся с содержанием статьи 181 УК УССР, которая предусматривает: «Разглашение без разрешения прокурора, следователя или лица, производившего дознание, данных предварительного следствия или дознания наказываются исправительными работами на срок до одного года или штрафом в размере до пятидесяти рублей».

Незаконный эксперимент на больном. В Уголовном ко-

дексе УССР самостоятельной статьи, предусматривающей ответственность за недопустимый эксперимент на больном, нет. Ответственность квалифицируется по различным статьям УК в зависимости от последствий, а также с учетом того, мог и должен ли был врач предвидеть их наступление. Действие врача в случае неблагоприятного исхода рассматривается как недопустимое экспериментирование и наказывается по статьям УК, предусматривающим ответственность либо за неосторожное причинение смерти (статья 98 УК УССР), либо за нанесение тяжких или средней тяжести телесных повреждений (статья 105 УК УССР).

Согласно статье 105 УССР: «Неосторожное тяжкое или средней тяжести телесное повреждение наказывается лишением свободы на срок до одного года или исправительными работами на тот же срок».

Статья 98 УК УССР сформулирована следующим образом: «Убийство по неосторожности наказывается лишением свободы на срок до трех лет или исправительными работами на срок до одного года».

Экспертная практика показывает, что дела, связанные с обвинением врачей в недопустимом экспериментировании, встречаются чрезвычайно редко, хотя эксперименты в медицине применяются весьма широко. Ведь медицина сама по себе является наукой экспериментальной. Без экспериментирования развитие медицины как в смысле дальнейшего усовершенствования диагностических приемов, так и методов лечения невозможно.

Для того чтобы новое лекарственное средство получило право на производство и применение в медицинской практике, оно должно быть тщательно апробировано. Первое испытание нового препарата не всегда является безопасным. Ведь известно, что некоторые вещества, хорошо переносимые животными, оказываются ядом для человека.

На ком же проверять новые препараты? В абсолютном большинстве случаев это делают врачи и ученые сами на себе. История медицины знает множество примеров героизма медиков, которые для испытания нового лекарства подвергали себя опасным опытам. О подвигах отечественных ученых, проводивших опыты на себе, образно и проникновенно писали многие авторы, в том числе Б. Д. Петров [49], Е. А. Вагнер, А. А. Росиновский и П. Д. Ягунов [8]. Этому посвящена книга Гуго Глязера «Драматическая медицина» [14]. Однако по результатам таких опытов нельзя получить полного ответа на все вопросы и определить, как подействует новое лекарство на больного. К тому же в каждом

подобном случае требуется не одна и не две проверки, а десятки, сотни.

Наряду с этим можно привести примеры опытов совсем другого характера [18, 131—132].

Так, во время Великой Отечественной войны гитлеровские преступники проводили бесчеловечные эксперименты на людях. Они изучали действие на организм узников лагерей смерти (Освенцима, Майданека и др.) голода, холода, отравляющих газов, новых медикаментов. Проводились массовые эксперименты по стерилизации мужчин и женщин, пересадке глазных яблок, ушных раковин от одних заключенных другим.

В частности, бывший профессор акушерства и гинекологии Кенигсбергского университета Клауберг отбирал 20—30-летних узниц Освенцима и после проверки проходимости у них маточных труб вводил в трубы раствор формалина. Через 6 недель наступала их полная непроходимость. Клауберг докладывал Гиммлеру, что с помощью подготовленных 10 помощников один врач сможет простерилизовать несколько тысяч женщин. Гиммлер одобрил метод Клауберга и планировал провести такого рода биологическое уничтожение целых народов, и в первую очередь славянских.

Международная общественность глубоко осудила чудовищные действия гитлеровских палачей, а Международный трибунал в Нюрнберге дал им уголовно-правовую оценку.

Обычно новые, еще не испытанные препараты врачи применяют лишь тогда, когда все остальные, уже известные, не вызывают необходимого эффекта, а новые являются единственной надеждой на спасение больного. Однако этому должны предшествовать испытания их на животных с указанием токсичности и других характеристик, подтверждающих безвредность препарата, а также непременно — согласие извещенного об этом больного.

Испытание новых средств на человеке может производиться только на добровольцах, людях достаточно образованных, чтобы понять смысл эксперимента в интересах науки.

Принцип добровольности исключает возможность постановки каких-либо опытов на людях, чья воля не может быть ясно выражена (дети, психически больные).

Несомненно, что первые опыты по применению новых методов лечения и лекарственных препаратов должны проводиться лишь в специально отобранных для этой цели клиниках и научных учреждениях, где есть все необходимые условия для предотвращения непредвиденных последствий эксперимента.

Особенно широко встречается экспериментирование в хирургии, где каждая операция есть в своем роде особый случай, а не повторение уже известного и раз навсегда данного. Здесь чаще, чем в других отраслях медицины,

пересматриваются каноны, рождаются новые идеи, испытываются новые методы.

Поскольку любые эксперименты на людях связаны с опасностью для здоровья и жизни, они должны быть произведены с соблюдением ряда необходимых положений:

1) предварительное детальное экспериментирование на животном;

2) разрешение для проведения аналогичного исследования на людях;

3) получение согласия лица, на котором это исследование будет проводиться.

Порядок применения методов диагностики, лечения, лекарственных средств вообще, а новых — в частности, изложен в статье 34 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении, в которой указывается, что «в интересах излечения больного и с его согласия, а в отношении больных, не достигших шестнадцатилетнего возраста, и психически больных — с согласия их родителей, опекунов или попечителей врач может применять новые, научно обоснованные, но еще не допущенные к всеобщему применению методы диагностики, профилактики, лечения и лекарственные средства».

Однако, несмотря на согласие больных, с врача не снимается ответственность за проводимое исследование.

Иначе действия врача будут рассматриваться не как лечение, а как недопустимое экспериментирование, и при неблагоприятном исходе речь может идти о причинении смерти по неосторожности или нанесении тяжких или средней тяжести телесных повреждений.

Лишь в том случае, когда врач, учитывая безнадежное состояние больного, применяет неапробированный метод лечения как крайнее средство, такие действия являются ненаказуемыми.

В этом отношении мы полностью разделяем ряд положений Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации (1964) о том, что «клинические исследования недопустимы, если важность задачи не пропорциональна риску для субъекта, подвергаемого исследованию. Для лечения больных врач может выбирать новые лечебные средства, если таким образом он надеется спасти жизнь больного, восстановить здоровье или облегчить страдания. Врач может сочетать научное клиническое исследование, целью которого является приобретение новых знаний, с профессиональной помощью. Однако это исследование прежде всего должно обосновываться терапевтической ценностью для пациента» [45, 66—67]. Если не учитывать всех этих

ограничений, последствия применения новых лекарственных средств могут быть очень серьезными для больного.

Так, несколько лет назад мировая общественность была потрясена сообщением о вредном действии нового снотворного средства, изготовленного западноберлинской фирмой «Хеми Грюненталь», под названием контарган (снп.-талидомид, прелюдин). Недостаточно проверенный препарат бесконтрольно назначался многим пациентам, и в том числе беременным женщинам. Средство получило широкое распространение в ФРГ, США, Англии, Франции, Японии.

Результаты оказались ужасными: несколько тысяч детей, матери которых принимали контарган («талидомидные дети»), родились с различными уродствами (отсутствие конечностей либо их параличи, глухонмота и пр.).

В то же время многие советские ученые, в частности известный акушер-гинеколог профессор С. Н. Давыдов, подчеркивают, что, учитывая многогранность влияния многих лекарственных средств на плод, необходимо очень осторожно подходить к медикаментозной терапии беременных женщин. И чем меньше срок беременности, тем более ранним плод, а поэтому особенно опасны назначения непроверенных средств до периода окончания органогенеза [24, 118—119].

В последние годы за рубежом появилось много сообщений о проверке на людях действия различных новых медикаментозных препаратов со смертельными последствиями.

Так, в «Медицинской газете» (1982, 16 апреля) сообщалось о трагической смерти восьмилетней девочки Шери Бек, умершей в г. Пеория (штат Иллинойс, США) после подобного экспериментирования. Специальным исследованием, проведенным газетой «Вашингтон пост», выявлено и документально подтверждено не менее 620 случаев гибели пациентов, на которых испытывали экспериментальные препараты, подобные примененным для «лечения» Шери Бек. По данным этой газеты, за последние годы в Соединенных Штатах погибло несколько тысяч человек, ставших жертвами экспериментов с лекарствами, находившимися еще только в стадии разработки. Причем объектами экспериментов были в основном дети.

Советское уголовное законодательство предусматривает всестороннюю охрану здоровья, свободы и достоинства личности от преступных посягательств. И это не случайно, ибо здоровье является важнейшим человеческим благом. Именно здоровье обеспечивает личности максимальную социальную активность, способствует расцвету ее талантов, овладению необходимой суммой знаний для плодотворного труда на благо общества.

Незаконная стерилизация. Стерилизация представляет собой операцию, лишаящую женщин способности к зачатию, а мужчин к оплодотворению.

Сущность операции сводится к закрытию проходимости путем перевязки, рассечения либо закупорки маточных труб (у женщин) и семявыносящих протоков (у мужчин).

Кроме хирургических способов стерилизации применяются и другие методы (рентгеновские лучи, ионизирующая радиация и т. д.).

Стерилизация женщин в СССР разрешается лишь по медицинским показаниям, устанавливаемым специальными комиссиями в лечебных учреждениях. Медицинскими показаниями являются различные заболевания, при которых сохранение беременности угрожает здоровью женщины.

Применение стерилизации без медицинских показаний категорически запрещено, так как эти оперативные вмешательства приводят впоследствии к нервным расстройствам, раннему увяданию организма и т. д.

В УК УССР нет специальной статьи, в которой оговорены такого характера противозаконные действия врача, и если такие случаи встречаются, то ответственность врача обычно определяется по статье 101 УК УССР, предусматривающей нанесение тяжких телесных повреждений.

В настоящее время дел, связанных с обвинением врачей в незаконной стерилизации, практически нет.

Однако нам известен случай, когда женщина во время аппендэктомии упросила хирурга перевязать ей маточные трубы, так как уже имела ребенка, а частые беременности и аборт подорвали ее здоровье. Рожать она больше не хотела. Врач согласился. Но прошли годы, и ее единственный ребенок погиб. Вот тогда-то муж, узнав о том, что жена не может забеременеть, обвинил врача в незаконно проведенной стерилизации.

Как видно из сказанного выше, многие стороны профессиональной врачебной деятельности подлежат правовому регулированию. Тем самым создаются условия для наиболее четкого и эффективного функционирования всей сложной системы советского здравоохранения, для обеспечения необходимой полноты и качества медицинской помощи в каждом отдельном случае и строгого контроля за ней со стороны государства.

К большому сожалению, не все заболевания даже при правильно и хорошо поставленной организации оказания квалифицированной медицинской помощи заканчиваются благополучно. В целом ряде случаев неблагоприятные исходы обусловлены разнообразными причинами — несвоевременным обращением больного за медицинской по-

мощью, атипичным течением заболевания, а в связи с этим и неправильно установленным диагнозом и выбором методов лечения, несовершенством медицинской науки и ее методов, а также индивидуальными особенностями организма больного, которые не могут быть предусмотрены лечащим врачом. Это так называемые врачебные ошибки и несчастные случаи в медицинской практике, за которые врач и другие медицинские работники не несут уголовной ответственности. Они имеют свои особенности, которые более подробно будут рассмотрены в следующей главе.

ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ И НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Первым в истории медицины откровенный и серьезный разговор об ошибках во врачебной деятельности начал выдающийся русский хирург Н. И. Пирогов, который считал, что каждый добросовестный человек, особенно преподаватель, должен иметь внутреннюю потребность обнаруживать свои ошибки, чтобы предостеречь от них людей, менее сведущих [54, 503—530].

Авторы многих современных руководств по судебной медицине под врачебной ошибкой подразумевают добросовестное заблуждение врача при исключении умысла, неосторожности или недобросовестности [19; 70; 71; 65; 64].

Врачебные ошибки не относятся к юридическим понятиям и не подлежат уголовной ответственности.

Существует несколько классификаций врачебных ошибок. Одни авторы классифицируют врачебные ошибки по нозологическому принципу: например, ошибки при инфаркте миокарда, гипертоническом кризе, отравлениях и т. д., другие — по этапам работы [38, 6]. Судебный медик, профессор И. Ф. Огарков делит врачебные ошибки на две группы: 1) ошибки в диагностике заболеваний и 2) ошибки в назначении и осуществлении лечебных мероприятий. Кроме того, он различает объективные и субъективные врачебные ошибки [46, 46].

С точки зрения юриста И. Ф. Крылова, следует выделить три группы врачебных ошибок: 1) диагностические; 2) тактические, в частности неправильное определение показаний к операциям, ошибочный выбор времени и проведения операции, ее объема и т. д.; 3) технические, например неправильное использование медицинской техники, применение несоответствующих медикаментов и диагностических средств и т. д. [39, 17].

А. П. Громов, дополняя классификацию, предложенную

И. Ф. Крыловым, выделяет также группу деонтологических ошибок, которые могут стать прямой причиной не только конфликтов между врачом, больным и его родственниками, но и косвенно — ошибок диагностических, тактических и технических [18, 75—76].

При рассмотрении конкретных причин и условий возникновения врачебных ошибок наиболее удобным нам представлялось распределение соответствующего материала на три группы: 1) ошибки, допущенные в диагностике заболевания; 2) ошибки в назначении и осуществлении лечебных мероприятий; 3) ошибки, связанные с недостатками в организации лечебной помощи. Причем в каждой из этих групп могут быть как тактические, так и технические ошибки, носящие объективный и субъективный характер.

Диагностические ошибки встречаются в значительном большинстве случаев тогда, когда врач не имеет достаточного опыта работы и необходимых знаний. Однако следует подчеркнуть, что случаи установления ошибочного диагноза бывают не только в работе начинающих врачей, но и в практике специалистов высокой квалификации. По данным ряда судебно-медицинских экспертиз, не распознаются как основные заболевания, так и их осложнения. Как сообщают некоторые авторы, среди ошибочно или трудно диагностируемых основных заболеваний чаще всего встречаются различные виды патологической беременности, острые инфекционные заболевания у детей, некоторые заболевания органов брюшной полости (непроходимость кишок, аппендицит, язва желудка), некоторые отравления и др. Из серьезных осложнений заболеваний иногда не распознаются разрывы матки при патологических родах, пневмония, сепсис, перитонит, абсцессы мозга и др.

Среди причин, обуславливающих диагностические ошибки, необходимо указать, в первую очередь, на объективные трудности диагностики некоторых основных заболеваний. Известны случаи, когда даже на консилиумах крупные специалисты оказывались не в состоянии установить точный диагноз. Затруднения при этом вызваны многими обстоятельствами, в частности индивидуальными особенностями организма больного, характером патологического процесса, результатом дополнительных исследований и пр. Имеет значение также и длительность наблюдения больного. В ряде случаев врач не всегда по клинической картине патологических явлений, особенно при амбулаторном посещении пациента, может предвидеть дальнейшее развитие заболевания и его осложнения. К тому же некоторые заболевания имеют нечетко выраженную клиническую картину.

Особенно трудна дифференциальная диагностика острых инфекционных заболеваний с аппендицитом, непроходимостью кишок, острым холециститом, внематочной беременностью и другими заболеваниями.

По наблюдениям заведующей кафедрой инфекционных болезней Астраханского медицинского института доцента К. Ф. Ветлугиной, острый аппендицит может протекать под видом брюшного тифа, гастроэнтерита, дизентерии, сальмонеллеза. В доказательство она приводит следующий случай.

Больной 23 лет заболел остро: высокая температура тела, боль в животе, жидкий стул 2 раза без патологических примесей. Амбулаторно был осмотрен хирургом, который исключил диагноз аппендицита, заподозрив острую дизентерию. Больной был доставлен в инфекционную больницу. Спустя 6 ч состояние больного ухудшилось, усилилась боль в животе, больного доставили в хирургическое отделение, где он был прооперирован по поводу флегмонозного аппендицита.

Внематочная беременность, по мнению К. Ф. Ветлугиной, может симулировать острый гастроэнтерит, пищевую токсикоинфекцию, брюшной тиф. Диагностическая ошибка при этом грозит очень тяжкими последствиями [11, 26—27].

Автор сообщает о случае смерти молодой женщины, доставленной машинной скорой помощи в инфекционную больницу с диагнозом острый гастроэнтерит. Дежурный врач заподозрил внематочную беременность. Срочно были вызваны гинеколог и хирург, но было поздно, и больная через полтора часа после госпитализации умерла.

Особенно сложной является диагностика хирургических заболеваний, развивающихся на фоне инфекционной болезни, так как явления интоксикации с первых дней заболевания стирают острое начало хирургических осложнений.

Трудности диагностики обусловлены также наличием у больного нескольких заболеваний, когда клиническая картина одного из них извращается вследствие наложения другого патологического процесса.

В этом отношении можно привести следующий пример из практики Киевского областного бюро судебно-медицинской экспертизы.

Участковый врач, вызванный на дом к больному С., 40 лет, диагностировал почечную колику и посоветовал ему проконсультироваться у хирурга. На следующий день в связи с ухудшением состояния здоровья гр. С. машинной скорой помощи был доставлен в хирургическое отделение районной больницы. При поступлении он жаловался на боль в правом боку и в области живота, болезненное мочеиспускание. По данным анамнеза установлено, что С. болел туберкулезом легких с 10 лет, 4 года назад перенес перелом костей таза с повреждением мочевого пузыря, по поводу чего был оперирован.

Объективно: живот несколько вздут, мягкий, болезненный при пальпации. Симптом Пастернацкого справа резко положительный. Мочеиспускание частое, болезненное. Мышцы живота участвуют в акте дыхания. Диагноз: почечная колика.

Больному назначены атропин, грелки, теплая ванна. На следующий день боль в животе и в правом боку уменьшилась, живот мягкий, при глубокой пальпации болезненный над лобком. Мочеиспускание частое, болезненное, стула не было. Рвота. Назначен подкожно атропин и внутримышечно пенициллин. На третий день температура тела 39,8°, пульс 104 удара в мин⁻¹, жалобы на боль в животе при мочеиспускании, живот несколько вздут, газы не отходят. Назначения остались прежними, ставили клизму с гипертоническим раствором натрия хлорида. На пятый день состояние больного резко ухудшилось, появилась частая рвота, живот вздут, напряжен.

В связи с этим больному проведена срочная операция, перед которой перелито 200 мл крови, введено подкожно 500 мл изотонического раствора натрия хлорида, морфин. Во время операции обнаружен фибринозный налет на тонкой кишке, толстая кишка вздута, в полости малого таза густой зловонный гной, червеобразный отросток резко утолщен, серозная оболочка гиперемирована. Произведена аппендэктомия. Полость таза осушена от гноя, промыта изотоническим раствором натрия хлорида, поставлен дренаж, наложены швы на рану, введено 500 000 МЕ пенициллина. После операции рвота продолжалась, состояние больного оставалось тяжелым. Несмотря на предпринятые меры (введение сердечных средств, переливание крови), состояние больного ухудшалось, и вскоре он умер. При судебно-медицинском исследовании трупа установлено, что смерть гр. С. наступила в результате флегмонозного аппендицита, осложнившегося гнойно-фибринозным перитонитом. Кроме того, обнаружены фибринозно-кавернозный туберкулез легких и почечнокаменная болезнь.

В данном случае ошибка в диагнозе вызвана сложным течением самой болезни и не может быть отнесена за счет неправильных действий участкового врача.

Объективной помехой для установления правильного диагноза может быть, например, и состояние алкогольного опьянения, затрудняющее обследование больного и распознавание характера заболевания.

В Киевскую судебно-медицинскую экспертизу были представлены материалы следующего дела.

Бригада скорой помощи 27 декабря 1968 г. выехала по вызову в связи с обнаружением в подъезде дома в тяжелом состоянии гр. Н. Врач М. установила у больного Н. алкогольное опьянение, дала вдыхать нашатырный спирт, а затем позвонила в милицию и попросила доставить его в вытрезвитель. В вытрезвитель в связи с тяжелым состоянием гр. Н. к нему была вызвана машина скорой помощи. Врач диагностировал кровоизлияние в мозг, и больного перевезли в стационар, где он на следующий день, 28 декабря, скончался.

Из представленной истории болезни неврологического отделения № 4228 следует, что при поступлении состояние гр. Н. крайне тяжелое, он находится без сознания, руки и ноги цианотичны. На одежде следы рвотных масс. Кровяное давление 30,7/22,7 кПа (230/170 мм. рт. ст.). Зрачки на свет реагируют. Левая шея «парусит». Непроизвольное мочеиспускание. Клинический диагноз: гипертоническая болезнь III степе-

ни, острое нарушение мозгового кровообращения. Несмотря на принятые меры, 28 декабря больной умер.

Перед судебно-медицинской экспертизой были поставлены такие вопросы:

1. Могла ли быть предотвращена смерть гр. Н. в случае оказания ему немедленной квалифицированной медицинской помощи врачом М.?

2. Нельзя ли объяснить ухудшение состояния больного Н. не оказанием ему квалифицированной медицинской помощи?

3. Какое влияние на состояние больного Н. оказали пары нашатырного спирта?

При судебно-медицинском исследовании трупа гр. Н. установлено, что смерть его наступила в результате гипертонической болезни, осложнившейся кровоизлиянием в мозговую ствол с прорывом в желудочки.

На основании всего изложенного экспертная комиссия пришла к заключению, что гр. Н. страдал тяжелой формой гипертонической болезни, сопровождавшейся частыми расстройствами мозгового кровообращения. На почве этого заболевания 27 декабря у него развилось массивное кровоизлияние в мозговую ствол с прорывом в желудочки, что и привело к смерти.

Наблюдавшиеся у гр. Н. клинические проявления кровоизлияния в мозг в виде спутанности речи, двигательного беспокойства и рвоты сходные с признаками алкогольного опьянения, вследствие чего врачом М. был поставлен ошибочный диагноз и больной не был вовремя госпитализирован.

Однако даже своевременная госпитализация подобных больных и оказание им квалифицированной медицинской помощи при наличии массивных кровоизлияний в мозг с прорывом в желудочки обычно приводит к смертельному исходу.

Что же касается вдыхания нашатырного спирта больным, то это широко применяют в медицинской практике как средство, раздражающее дыхательный центр при обморочных состояниях. В данном случае вдыхание паров нашатырного спирта не могло оказать существенного отрицательного влияния на течение основного заболевания.

Причиной неправильно установленного диагноза иногда бывает то, что сами больные преятствуют необходимому исследованию — отказываются от госпитализации или скрывают от врача важные для диагностики анамнестические сведения (при криминальных абортах, беременности и т. д.).

Для подтверждения сказанного приводим следующий пример.

Молодая женщина Н., 23 лет, возвращалась с мужем после футбольного матча домой. Стоял жаркий летний день. По дороге они поели мороженого, немного прошли пешком, а затем сели в троллейбус. При выходе из троллейбуса женщина упала. Из-за резкой боли в области живота идти дальше она не смогла. Муж попутной машиной привез ее домой. В дороге она жаловалась на тошноту, слабость, боль в животе; в машине несколько раз была рвота.

Ввиду тяжелого состояния, которое все время ухудшалось, муж вызвал скорую помощь. Врач заподозрил пищевое отравление, в связи с чем она была доставлена в терапевтическое отделение больницы. Дежурный врач собрал анамнестические данные у мужа, который считал причиной заболевания жены употребление некачественного мороженого (сам

же он его почти не ел). О факте беременности ни муж, ни жена врачу не заявили. Исходя из полученных сведений, врач подтвердил диагноз: пищевое отравление и назначил больной обильное питье и клизмы. Ночью женщина умерла.

При судебно-медицинском исследовании трупа установлено внутреннее кровотечение (около 2 л крови в брюшной полости) на почве разрыва трубной двухмесячной беременности. В данном случае спасти женщину можно было при своевременной квалифицированной помощи, если бы диагноз был установлен правильно.

Врачебные ошибки могут быть обусловлены сложностью постановки диагноза ввиду атипичной клиники.

Для иллюстрации приводим случай из нашей экспертной практики.

К больному К., 49 лет, в связи с резкой болью в надчревной области была вызвана скорая помощь. С диагнозом прободная язва желудка гр. К. был доставлен в хирургическое отделение больницы. Поскольку все симптомы заболевания напоянили прободение язвы желудка, было решено немедленно произвести операцию. Во время операции язвы желудка обнаружено не было. Больной умер на операционном столе. При судебно-медицинском исследовании трупа гр. К. обнаружен свежий инфаркт миокарда с разрывом сердца и тампонадой сердечной сумки.

Клиническая картина инфаркта миокарда известна давно и обычно складывается из ряда симптомов: явлений стенокардии, недостаточности кровообращения, изменений со стороны крови (лейкоцитоз), повышения температуры тела, а также характерных электрокардиографических данных. Известно также, что бывают атипичные формы инфаркта миокарда, приводящие порой к неправильному диагнозу. Боль иногда может локализоваться не в области сердца, а в надчревной области, симулируя прободение язвы желудка, что и наблюдалось в данном случае. Тщательное обследование больного могло бы предотвратить неправильный диагноз.

Таким образом, наши наблюдения и многочисленные данные литературы показывают, что наиболее частыми причинами ошибочных диагнозов являются неумелое выяснение анамнеза, недооценка лабораторных методов исследования, тяжелое состояние больного, затрудняющее его обследование, кратковременность пребывания больного в лечебном учреждении, невозможность госпитализации или отказ от нее, атипичное течение заболевания, а также несовершенство медицинской науки, ее методов и средств диагностики [25; 12; 17; 10].

Однако существование объективных трудностей в диагностической работе отнюдь не означает, что ошибочные диагнозы неизбежны. Их количество будет сведено к минимуму, если, следуя совету опытных клиницистов, при установлении диагноза лучше проявлять излишнюю осторожность, чем недостаточно обоснованный оптимизм. Тогда будут использованы все доступные способы распознавания болезни, диагноз окажется более обоснованным и скорее приведет к правильному и успешному лечению.

По мнению Н. Н. Петрова, очень опасна поверхностная, предвзятая диагностика. Основываясь на своем первом впечатлении в пользу того или иного диагноза, врач нередко тем самым как бы отрезает себе путь к критическому анализу фактов и подводит все данные под свое первоначальное предположение, вместо того чтобы использовать каждую «новую находку» для проверки поставленного диагноза, что является единственно правильным методом, позволяющим найти ошибку в исходном суждении и заметить его верным решением [51, 5].

Вторая группа врачебных ошибок — **ошибки в назначении и осуществлении лечебных мероприятий.** По экспертным материалам одних авторов, эти ошибки встречаются раза в три реже, чем диагностические, по данным других — соотношение их почти равное [46, 64].

Лечебные ошибки имеют свои характерные особенности и особые причины возникновения. Среди причин этой категории врачебных ошибок можно выделить наряду с объективными (например, отсутствие необходимой лечебной аппаратуры, медикаментов), и субъективные (неопытность врача, несогласие больного, его родственников или опекунов на госпитализацию, операцию и т. д.). Экспертная практика показывает, что больше всего такого рода ошибок встречается в работе хирургов и акушеров-гинекологов при лечении больных с острыми (прободение язвы желудка, патологическая беременность и роды, травмы внутренних органов и костей, острый аппендицит) и другими заболеваниями, требующими срочного хирургического вмешательства.

Необходимость срочно оказать помощь больному, невозможность достаточно тщательно обследовать его из-за тяжелого состояния затрудняют работу врача. Однако было бы неправильным считать, что только непредвиденные и внезапно возникающие осложнения отрицательно сказываются на состоянии оперирующего. Длительная плановая неосложненная операция в течение 3—5 ч или несколько проведенных подряд оперативных вмешательств также весьма отрицательно сказываются на его внимании и восприятии, не говоря уже о большой и напряженной работе в ночное время по обеспечению экстренной помощи [49, 20].

Как известно, хирургическое вмешательство почти всегда связано с определенным профессиональным риском. Особенно часто встречаются врачебные ошибки, обусловленные техническими дефектами при выполнении нескольких больших и сложных операций.

Во врачебной практике акушеров-гинекологов встречаются случаи перфорации стенки матки во время искусственного прерывания беременности. Такого рода ошибки вызваны тем, что техника данной операции весьма несовершенна, и возникновение этого осложнения не всегда зависит от квалификации врача, а объясняется часто состоянием стенки матки и невозможностью визуального контроля.

В этом отношении можно привести пример из практики Киевского областного бюро судебно-медицинской экспертизы.

Гр-ка С., 23 лет, 11 февраля 1964 г. явилась к гинекологу на амбулаторный прием в связи с подозрением на наличие беременности. При исследовании выяснено, что шейка матки чистая, матка увеличена на 10—12 недель беременности. Из анамнеза следовало, что гр-ка С. перенесла два самопроизвольных аборта, третья же беременность осложнилась кровотечением. По направлению женской консультации 12 февраля поступила в гинекологическое отделение больницы. Общее состояние удовлетворительное, тоны сердца чистые, ясные. Артериальное давление 16,0/9,3 кПа (120/70 мм рт. ст.). Живот мягкий. Матка увеличена на 11—12 недель беременности, на ее передней стенке определяется уплотненный фиброматозный узел. Шейка матки чистая, придатки не изменены, безболезненны. Диагноз: беременность 11—12 недель, фибромиома матки.

12 февраля произведена операция — искусственное прерывание беременности. Ход операции: канал шейки матки расширен расширителями № 12. Плодное яйцо удалено абортангом. Произведено выскабливание полости матки. При извлечении головки плода обнаружено перфорационное отверстие на передней стенке матки у внутреннего зева. В связи с этим манипуляции в полости матки прекращены и больная перенесена в операционную.

При лапаротомии в брюшной полости около 300 мл крови. В нижнем сегменте передней стенки матки обнаружено перфорационное отверстие размером 3×3 см. На задней стенке мочевого пузыря повреждение размером 2×1,5 см. В связи с большим разможеванием тканей предпринята надвлагалищная ампутация матки. Перфорационное отверстие на мочевом пузыре ушито кетгутowymi швами. Во время операции перелито 450 мл крови, в брюшную полость введены стрептомицин и пенициллин. Брюшная полость зашита.

В послеоперационном периоде состояние больной тяжелое, артериальное давление 11,3/6,7 кПа (85/50 мм рт. ст.). Вследствие недостаточности функции сердца начало переливание изотонического раствора натрия хлорида, полиглюкина и крови. Во время этих манипуляций состояние больной резко ухудшилось, и 13 февраля в 3 ч наступила смерть.

При судебно-медицинском исследовании трупа гр-ки С. обнаружено общее малокровие, в брюшной полости около 250 мл жидкой крови. По заключению судебно-медицинской экспертизы, смерть гр-ки С. наступила от кровопотери, возникшей в результате перфорации стенки матки и мочевого пузыря при производстве искусственного прерывания беременности. На судебно-медицинскую экспертизу были представлены материалы дела по факту смерти гр-ки С. для разрешения следующих вопросов:

1. Какова причина смерти гр-ки С.?
2. В подном ли соответствии с требованиями медицинской науки про-

водились операции по искусственному прерыванию беременности и по удалению матки?

3. Если были допущены ошибки в проведении операции, то какие?

4. В результате чего возникла перфорация матки и мочевого пузыря?

5. Могли ли образоваться перфорация матки и мочевого пузыря в результате беспокойного поведения больной во время проведения ей операции по прерыванию беременности?

6. Должен ли был оперирующий врач предвидеть, что у больной С. возможна перфорация матки?

Экспертная комиссия пришла к следующим выводам: у гр-ки С. было неправильное расположение матки (отклонение ее кзади) и плодное яйцо располагалось на передней стенке матки в верхней ее части. В таких случаях передняя стенка матки, будучи плотной остальной поверхности, производит иногда впечатление новообразования — фиброматозного узла, что наблюдалось в данном случае. Перфорация матки могла возникнуть как при расширении шейки матки в связи с неправильным ее положением, так и в момент выскабливания или при манипуляции абортангом. Поэтому точно установить, в какой момент и каким из инструментов была произведена перфорация матки, не представляется возможным. Хотя выбор метода оперативного вмешательства был правильным, однако в процессе проведения операции по искусственному прерыванию беременности была допущена техническая погрешность, выразившаяся в перфорации стенки матки и мочевого пузыря. Что же касается второй операции (чревосечение), произведенной с целью удаления матки и ушивания отверстия в мочевом пузыре, то она технически проведена правильно. Беспокойное поведение больной во время выскабливания полости матки, вызванное отсутствием обезболивания, тучность больной, большой срок беременности и неправильное положение матки сказались на оперативном вмешательстве и способствовали возникновению перфорации.

Техническими погрешностями, которые встречаются в практике даже опытных специалистов, могут считаться случайные надрезы кишок, сосудов, нервов, мочеточников и других органов, а также случайный захват их иглой.

Просмотры на операционном столе ранений различных внутренних органов иногда могут быть объяснены техническими трудностями доступа и операции на них. Понятно, что для правильной оценки действий врача в подобных случаях необходим глубокий объективный анализ всех обстоятельств и условий операции.

К ошибкам, допускаемым в ходе проведения лечебных мероприятий, относятся и случаи оставления инородных тел в организме оперируемого. Такие врачебные действия заслуживают внимания потому, что здесь, как и в ранее приведенном случае, трудно бывает провести грань между добросовестным заблуждением и небрежностью, халатностью, за которые врач должен нести уголовную ответственность.

«Когда экспертам задают вопрос отвечает ли врач за подобные действия, ответ один, — пишет выдающийся судебный медик профессор М. И. Райский, — отвечает! Но этот ответ формальный, нужно разъяснить следствию и су-

ду, что названного типа неправильные врачебные действия встречаются и в работе выдающихся хирургов, что средств к полному исключению таковых в медицине пока нет, и указать условия, которые до некоторой степени могли бы объяснить происшедшее... например, сложность операции, ее длительность, работа в глубине полости, среди жизненно важных органов...» [63, 452—453].

Ф. Ю. Бердичевский приводит случай [4, 47], когда хирург и медицинская сестра были привлечены к уголовной ответственности за оставление при операции в брюшной полости марлевой салфетки, вызвавшей перитонит и смертельный исход. Факт оставления салфетки в брюшной полости и связанный с этим смертельный исход не вызвал сомнения.

Однако суд при рассмотрении этого дела не ограничился констатацией противоправности содеянного. Анализируя обстоятельства, при которых это произошло, суд пришел к выводу об отсутствии в действиях подсудимых вины. В оправдательном приговоре суд указал, что длившаяся несколько часов операция, происходящая в очень сложных условиях, а также трудности, с которыми хирург столкнулся в ходе операции и которые он не мог предвидеть до ее начала, вынудили использовать материал сверх приготовленного заранее комплекта. После операции у него также не было возможности обнаружить одну из салфеток, затянутую в глубь брюшной полости перистальтикой кишок и слившуюся по цвету с внутренними органами в результате обильного пропитывания кровью.

Из экспертной практики известны судебные дела, связанные с проверкой правильности применения лечебных препаратов и прописи рецептов.

В целях более рационального использования лекарственных средств, повышения ответственности медицинских работников за назначение лекарств и оформление рецептов, а фармацевтических работников — за строгое соблюдение правил отпуска лекарственных средств из аптек МЗ СССР 27.12.1976 г. издан приказ за № 1230, согласно которому с 1.07.1977 г. введены новые правила выписывания рецептов на лекарства для амбулаторных больных; утверждены новые формы рецептурных бланков, издана инструкция о порядке их хранения, утверждены новые правила отпуска лекарств из аптечных учреждений и форма личной печати врача.

Согласно приказу все медицинские работники в своей практической деятельности должны строго соблюдать выполнение данного приказа, так как рецепты, не отвечающие

хотя бы одному из требований или содержащие несовместимые лекарственные вещества, считаются недействительными, и лекарство по ним не отпускают (§ 26). Все неправильно выписанные рецепты остаются в аптеке, их погашают штампом «рецепт недействителен» и регистрируют в специальном журнале, сообщая о них руководителю соответствующего лечебно-профилактического учреждения (§ 27). Руководители медицинских учреждений обязаны во всех случаях нарушения правил выписывания рецептов принимать строгие меры административного воздействия к медицинским работникам, виновным в таком нарушении (§ 28).

В экспертной практике известны случаи, когда при неблагоприятном исходе заболевания родственники больного обвиняют врача в неправильном назначении лекарства. В таких случаях подробное указание дозировки препарата в рецепте с учетом возраста больного дает возможность судить о правильности избранного метода лечения и прописи лекарства.

По постановлению одной из районных прокуратур в Киевское областное бюро судебно-медицинской экспертизы поступили материалы дела о факте смерти ребенка О.

К внезапно заболевшему ребенку О. в возрасте 1 года 4 января 1964 г. был приглашен участковый врач, установивший у больного диагноз острой респираторной инфекции с начинающимися явлениями бронхопневмонии. Мать ребенка от госпитализации его отказалась. Врач назначил биомитин по 1/4 таблетки 4 раза в день, амидопирин по 1/6 таблетки 3 раза в день, обильное теплое питье, соки и дробное кормление. 9 января ребенок вел себя спокойно, температура тела была нормальной. В ночь с 9 на 10 января ребенок начал капризничать, всл себя беспокойно. В 6 ч мать его покормила, и он уснул. В 9 ч утра она обнаружила ребенка мертвым.

Перед судебно-медицинской экспертизой поставлены такие вопросы.

1. Правильно ли был установлен диагноз больному ребенку О.?
2. Правильно ли было назначено лечение?
3. Можно ли было давать ребенку лекарство в таблетках?
4. Можно ли было спасти жизнь ребенка при наличии установленного врачом заболевания?

При судебно-медицинском исследовании трупа 11 января 1964 г. установлено, что смерть ребенка наступила от острого бронхита с начинающейся мелкоочаговой пневмонией.

Изучение всех материалов дела позволило экспертной комиссии прийти к заключению, что диагноз заболевания у ребенка — острая респираторная инфекция с явлениями начинающейся бронхопневмонии — был установлен правильно.

Острая респираторная инфекция с явлениями нарастающей бронхопневмонии у детей грудного возраста, несмотря на предпринимаемые меры, иногда может привести к быстрому летальному исходу. Врач допустил ошибки лишь в том, что он не настоял на госпитализации ребенка.

Таким образом, со стороны лечащего врача были приняты все необходимые меры, а назначения, сделанные

им, соответствовали возрасту ребенка и установленному у него заболеванию.

В работе судебно-медицинских экспертов также иногда бывают врачебные ошибки, анализ которых имеет значение как для улучшения качества судебно-медицинской экспертизы, так и для профилактики судебных ошибок. Такого рода ошибки нередко совершаются врачами-экспертами, не имеющими специальной экспертной подготовки, либо вызваны низкой квалификацией экспертов или невнимательным отношением их к исполнению своих обязанностей. Приводим несколько случаев [72, 28—29].

Врач-эксперт, исследуя труп погибшего при дорожно-транспортном происшествии, обнаружил перелом костей черепа и ребер слева и квалифицировал их как следствие удара мотоциклом. При повторной экспертизе были выявлены переломы левой ключицы, нижней челюсти, левой лучевой кости, давшие основание предположить совершенно иной механизм образования повреждений (переезд колесами автомашины), что в дальнейшем было подтверждено следствием.

В другом случае врач-эксперт произвел судебно-медицинское исследование трупа женщины, принявшей с целью прерывания беременности неизвестные таблетки. Чтобы выяснить причину отравления, он отправил внутренние органы на судебно-химическое исследование, обработав их формалином, в результате чего установить яд не удалось.

В одном из случаев судебно-медицинский эксперт, осматривая труп, обнаруженный на пожарище, «не заметил» множественных повреждений кожи головы и переломов костей черепа обгоревшего трупа, «не увидел» лужи крови под головой трупа. Через сутки при детальном исследовании трупа были обнаружены множественные вдавленные переломы костей свода и основания черепа. Расследование преступления и розыск преступников были из-за промедления значительно усложнены.

Третья группа врачебных ошибок — это **ошибки, связанные с недостатками в организации лечебной помощи.** Чаще всего такие ошибки связаны с упущениями администрации медицинских учреждений. Эти упущения, несомненно, зависят от степени теоретической подготовки и практического опыта руководителя лечебного учреждения. Однако они могут возникать вследствие низкого уровня лабораторного обследования больных из-за отсутствия необходимого оборудования, реактивов, квалифицированных лаборантов. Отрицательно сказывается и сверхнормативное разбуртывание коек в стационаре без выделения дополнительной площади, так как при этом создаются предпосылки к возникновению внутрибольничной инфекции и ухудшаются условия лечения больных.

Известны случаи, когда различные упущения в организации лечебной работы приводили к тяжелым для больных последствиям, несмотря на добросовестное выполнение врачами своих обязанностей. Чаще всего это объясняется не-

достаточной квалификацией обслуживающего персонала или недоукомплектованностью лечебных учреждений кадрами.

Главный хирург г. Риги профессор Каган М. И. и главный судмедэксперт МЗ Латвийской ССР Шпиганович А. В. описывают несколько случаев [27, 180—181].

Молодая женщина через 10 дней после родов поступила в больницу с диагнозом: переродовой сепсис. Консилиум врачей предположил, что у больной неполная инволюция матки в результате остатков в ее полости плаценты. В этот же день было сделано выскабливание. В полость матки был введен антибиотик и перелито 250,0 мл консервированной однорупповой крови (0). Через 20—30 мин. появился сильный озноб, рвота, состояние больной стало ухудшаться, и при нарастающих явлениях сердечной слабости она умерла. Как выяснилось потом, кровь в больницу была доставлена на третий день с момента получения ее со станции переливания и в течение трех дней в жаркое летнее время она в ампулах хранилась на подоконнике в квартире медсестры, получившей эту кровь. При исследовании оставшихся ампул кровь в них признана негодной к переливанию в связи с гемолизом. В день переливания крови ни проверки ее годности, ни биологической пробы на совместимость произведено не было.

В другом случае, когда больному во время операции (резекция толстой кишки) потребовалось переливание крови, то в «суматохе» это переливание было поручено фельдшеру, который вместо 0(I) группы крови больному перелил ипогруппную (A), и больной погиб от посттрансфузионного шока. К концу переливания крови ошибку заметили, но, несмотря на все принятые меры, не удалось достигнуть эффекта в борьбе с развившимся гемотрансфузионным осложнением.

При правильной организации операции, в условиях, когда каждый строго отвечает за свой участок работы, при соответствующем контроле ответственного хирурга этих роковых ошибок можно было бы избежать.

Проведенный нами совместно со старшим судебно-медицинским экспертом республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ УССР Кузьминой Е. И. анализ материалов дел, возбужденных против врачей и поступивших в течение последних лет в Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ УССР, показал, что среди ошибок, допускаемых врачами, можно выделить общие, касающиеся врачей всех профессий, и частные — только определенных специальностей (хирургов, акушеров-гинекологов, врачей скорой помощи, участковых врачей и др.) [35, 45].

Экспертными комиссиями среди ошибок общего характера были выявлены главным образом ошибки следующего характера:

- а) неправильное установление диагноза, а следовательно, и неправильное лечение;
- б) несвоевременное или не в полном объеме проведенное лечение при правильной диагностике заболевания;

в) несвоевременная госпитализация или преждевременная выписка больного из стационара; г) недооценка тяжести состояния больного и в силу этого невозможность предвидеть тяжкие последствия.

Причинами летальных исходов во время оперативных вмешательств, согласно нашим данным, чаще всего являются недостаточно полное обследование больных, которым проведение наркоза противопоказано, и неправильные действия анестезиолога, а именно: отсутствие контроля за положением интубационной трубки в трахее либо неправильное ее введение (не в дыхательные пути, а в пищевод), а также неправильное включение системы, в результате чего в дыхательные пути поступает только эфир и не подается кислород.

В делах, связанных с обвинением хирургов и акушеров-гинекологов, отмечались тактические и технические ошибки.

Большой процент ошибок, допущенных хирургами, связан с несвоевременной диагностикой и оперативным вмешательством при таких заболеваниях, как аппендицит, непроходимость кишок, прободная язва желудка и др. Хотя сами по себе операции выполнялись и правильно, но они были малоэффективными ввиду развития тяжелых осложнений.

К основным тактическим ошибкам в работе акушеров-гинекологов можно отнести неправильное ведение родов, особенно при отягощенном акушерском анамнезе, отсутствие преемственности между родильным отделением и женской консультацией, запоздалое проведение лечебных мероприятий при возникших осложнениях, главным образом несвоевременное и неполное возмещение кровопотери.

Технические ошибки хирургов и акушеров-гинекологов объясняются низкой квалификацией некоторых врачей, а порой небрежностью их в работе (повреждение внутренних органов, оставление инородных предметов, в частности марлевых салфеток, при полостных операциях; повреждение пищевода, трахеи при проведении эзофагоскопии и др.).

Несчастные случаи в медицинской практике. В судебно-медицинской практике нередки случаи, когда неблагоприятный исход обусловлен индивидуальными особенностями организма больного. Иногда при самой квалифицированной медицинской помощи наблюдаются тяжкие последствия, которые трактуются как несчастные случаи в медицине.

Рассмотрение в одном разделе врачебных ошибок и несчастных случаев в медицинской практике обусловлено тем, что эти понятия очень близки по своей сущности, хотя между ними имеются и различия.

По мнению Н. В. Попова, А. П. Громова и других авторов, под несчастным случаем подразумеваются неблагоприятные исходы при медицинских вмешательствах, наступающие в силу особенностей организма больного и обстановки, при которой производилось вмешательство, когда нет объективной возможности предвидеть последствия действий врача [60, 21].

В последнее время в связи с резким увеличением количества новых лекарственных средств необходимо быть особенно осторожными при их использовании из-за возможных аллергических и токсических реакций. Так, например, известны случаи смертельного исхода после введения антибиотиков.

В. Б. Ушаков описывает 17 случаев внезапной смерти при лекарственной аллергии. Причиной аллергической реакции в 9 из них были антибиотики, в 4 — анальгетики, в 2 — сульфамидные препараты и в 2 — введение глюкозы. Из 17 экспертиз в 5 случаях наблюдалась аллергическая реакция у детей в возрасте 3—5 и 12 лет. Причем способы введения медикаментов во всех случаях были различны, но чаще всего аллергическая реакция наступала уже через 2—3 мин после нанесения медикаментов на слизистую оболочку полости рта и носа [73, 99—100].

В литературе встречаются описания случаев смерти при проведении профилактической вакцинации, применении антистолбнячной и антирабической сывороток.

Наиболее настораживают случаи внезапной смерти во время хирургических оперативных вмешательств (так называемая смерть на операционном столе). Ведь в этой обстановке, казалось бы, все должно быть предусмотрено и проверено, если речь идет к тому же о плановой операции. И тем не менее несчастные случаи с летальным исходом наблюдаются даже в лучших клиниках, у опытных специалистов. И причины их довольно разнообразны.

Известны факты смерти от острой сердечно-сосудистой недостаточности, в основе которой лежали невыявляемые изменения функционального состояния сердца. Иногда острая сердечно-сосудистая и коронарная недостаточность наступала даже при сравнительно небольшой кровопотере, а также в связи с внезапным прекращением кровообращения отдельных участков миокарда при тромбозе, спазме венечных артерий сердца и их ветвей. Расстройство кровообращения возникало также вследствие нарушения функции вегетативной нервной системы, прежде всего — блуждающего нерва с последующей рефлекторной остановкой сердца.

Отдельную группу составляют несчастные случаи, возникающие при проведении анестезии, несмотря на то что доза была оптимальной, техника безукоризненной, а в наркотическом веществе каких-либо токсических примесей не обнаруживалось.

А. П. Громов описывает следующий случай [19, 297].

Больной пожилого возраста должен был оперироваться по поводу грыжи Шморля в шейном отделе спинного мозга. Накануне операции он очень волновался, много курил, не спал всю ночь. На операционном столе в тот момент, когда хирург подошел к больному, чтобы произвести анестезирование операционного поля, больной внезапно резко побледнел, а через несколько мгновений был уже мертв.

В практике Киевского областного бюро судебно-медицинской экспертизы известен случай, когда больная М. умерла при смазывании десны дикаином перед удалением зуба. Каких-либо болезненных изменений, которыми можно было бы объяснить смертельный исход, при исследовании трупа не выявлено. При химическом исследовании дикаина, в этот же день применяемого другим больным, посторонних примесей не выявлено.

Еще более показательный в этом смысле пример несчастного случая приводит И. Ф. Огарков [47, 66].

Мужчине 57 лет в рентгеновском кабинете поликлиники для обследования мочевых путей внутривенно было введено 20 мл 70% раствора диодона. Во время инъекции побочной реакции не было. Через несколько секунд после введения диодона у больного возникло судорожное дыхание, появилась пена изо рта. Немедленно ввели подкожно 1 мл 1% раствора димедрола и 1 мл 1% раствора кордиамина, внутривенно 10 мл 10% раствора кальция хлорида. Одновременно больному давали кислород, проводили искусственное дыхание «рот ко рту» и непрямой массаж сердца. Несмотря на принятые меры, улучшения состояния не наступило, исчез пульс, прекратилось дыхание, появился цианоз слизистых оболочек и кожных покровов. Прибывший вскоре врач-реаниматолог констатировал смерть.

Экспертная комиссия с участием аллерголога пришла к заключению, что смерть больного последовала от анафилактического шока в результате непереносимости йода, содержащегося в препарате. Врачи поликлиники не могли предвидеть такой исход, потому его необходимо рассматривать как несчастный случай в медицинской практике.

Врачебные ошибки, вызванные добросовестным заблуждением, а также несчастные случаи, при которых неблагоприятные исходы наступают в силу индивидуальных особенностей организма больного, следует четко дифференцировать с невежественными действиями, свидетельствующими об отсутствии у врача элементарных, обязательных для него знаний.

Невежество — это неумение в случае типичного заболевания и при обычных обстоятельствах сделать на основе

имеющихся данных правильный вывод, т. е. установить правильный диагноз. Поэтому невежество перерастает за рамки врачебной ошибки и квалифицируется в определенных условиях как профессиональное преступление.

Бесспорно, существует определенный предел овладения знаниями и накопления опыта как в медицине, так и в любой другой области науки. В то же время овладение определенной суммой знаний должно признаваться не только правом, но и непрерывной обязанностью каждого врача. Ведь ему больные вручают свое здоровье и жизнь.

Поэтому совершенно справедливо Ф. Ю. Бердичевский считает недостаток знаний извиняющим, освобождающим от ответственности обстоятельством лишь в том случае, если они не были приобретены по не зависящим от данного специалиста причинам. «...Чтобы ответить на вопрос, являются ли ошибки, допущенные... медицинскими работниками, извинительными, — пишет Ф. Ю. Бердичевский, — недостаточно... констатировать сам факт незнания тех или иных положений медицинской науки. Необходимо еще выяснить, во-первых, входило ли знание положений в юридическую обязанность названных лиц. И если входило, то, во-вторых, можно ли несоблюдение такой обязанности рассматривать как исключительный случай, происшедший по не зависящим от специалиста обстоятельствам» [4, 27].

Если врач не несет за допущенную им врачебную ошибку уголовной ответственности, то означает ли это, что врачебные ошибки должны остаться незамеченными? Отнюдь нет. Проведение анализа ошибок, выяснение и устранение причин их возникновения — один из наиболее важных вопросов в работе всех лечебных учреждений. Большую помощь в этом оказывает проведение клиничко-анатомических конференций. Особенно важную роль в выяснении причин допущенных врачебных ошибок играют судебно-медицинские экспертные комиссии. Общеизвестно, что ни одно расследование преступления против здоровья и жизни человека не проводится без судебно-медицинской экспертизы, заключение которой является одним из видов доказательств по делу, причем доказательством весьма важным и ценным, от которого часто зависят направление и ход всего следственного процесса. Советская судебно-медицинская экспертиза не только служит целям правосудия, но и всемерно содействует советскому здравоохранению в улучшении качества лечебной помощи населению в борьбе за снижение заболеваемости и смертности, за оздоровление труда и быта.

Согласно инструкции «О производстве судебно-медицинской экспертизы в СССР», утвержденной приказом МЗ СССР № 694 от 21 июля 1978 г., и инструкции «О работе судебно-медицинских экспертных комиссий бюро судебно-медицинских экспертиз» в обязанности судебно-медицинских экспертов входит анализ случаев расхождений клинических и секционных диагнозов, участие в клиничко-анатомических конференциях, извещение органов здравоохранения об обнаруженных недостатках в лечебной работе и т. д.

Эта работа должна проводиться в соответствии с «Методическими указаниями по проведению судебно-медицинских клиничко-анатомических и поликлиничко-анатомических конференций в лечебно-профилактических учреждениях» (1975).

Этими документами предусмотрено, что по делам о привлечении лиц медицинского персонала к ответственности за профессиональные правонарушения в заключении должны быть отмечены выявленные комиссией дефекты организационного характера, связанные с оказанием лечебной помощи населению.

Начальники бюро судебно-медицинских экспертиз должны ставить в известность об этих дефектах руководителей соответствующих органов здравоохранения специальной докладной запиской.

Однако практика показывает, что врачебные ошибки, по поводу которых назначаются судебно-медицинские экспертизы, часто остаются без надлежащего разбора в коллективах медицинских учреждений.

В ходе работы экспертных комиссий, как справедливо подчеркивает судебный медик профессор С. В. Шершавкин, в результате тщательного и критического разбора врачебных ошибок квалифицированными специалистами, дается объективная и всесторонняя оценка имеющихся фактов, решаются многие существенные вопросы, касающиеся не только рассматриваемого случая: определяются причины возникновения подобных ошибок, возможности их предотвращения, выясняются дефекты в организации лечебной работы учреждения и т. д. [77, 144—145].

Однако практика показывает, что этот поучительный материал часто остается без надлежащего разбора в коллективах медицинских учреждений и поэтому не приносит той пользы, которую он мог бы дать.

В книге «Призвание» известный советский хирург академик АМН СССР В. В. Кованов вспоминает, что такой блестящий диагност, тонкий, наблюдательный клиницист, как

С. С. Юдин, в своих лекциях не боялся приводить примеры собственных ошибок и неудач. Делал он это для того, чтобы рассказанное им хорошо запомнилось слушателям и предостерегло их от подобных же ошибок [32, 224].

Важными условиями, способствующими устранению недостатков в работе врача, являются четкая организация работы лечебного учреждения, постоянное совершенствование профессиональных знаний, критическая оценка допускаемых ошибок, воспитание высоких моральных качеств и чувства ответственности за выполнение своих служебных обязанностей.

ОСОБЕННОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРАЧЕБНЫХ ДЕЛ

Предусматривая ответственность медицинских работников за нарушение профессиональных обязанностей, советское законодательство (статья 14 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении) в то же время строго охраняет профессиональные права, честь и достоинство медицинских работников.

Советское правосудие к привлечению врачей и медицинских работников к уголовной ответственности подходит особенно внимательно.

По каждому из профессиональных правонарушений медицинских работников назначается квалифицированная судебно-медицинская экспертиза. Нормативным актом, регламентирующим ее проведение, является инструкция Главного судебно-медицинского эксперта СССР от 12 января 1959 г. «О работе судебно-медицинских экспертных комиссий», согласно которой обязанности председателя возлагаются на руководителя экспертного учреждения, а докладчиком по материалам дела назначается судебно-медицинский эксперт.

Инструкция особо оговаривает необходимость включения в состав комиссии специалистов различных медицинских профилей. В составе судебно-медицинских экспертных комиссий не могут быть заинтересованные лица: руководители, консультанты лечебного учреждения, в котором работает подозреваемый в неправомерных действиях.

Каждый член комиссии обязан ознакомиться с материалами дела, представленными в его распоряжение, в частности необходимо ознакомление с результатами ведомственного разбора врачебного дела: с копиями актов комиссий органов здравоохранения, протоколами клиничко-анатомических конференций и т. д.

В случае несогласия кого-либо из членов комиссии с заключением или с отдельными его пунктами члены комиссии имеют право составить особое мнение и приложить его к акту экспертизы.

Детальная регламентация производства экспертизы врачебных дел вызвана особенностями, заключающимися в том, что в лечении больных часто принимают участие специалисты различных профессий, а также тем, что у одного больного может быть несколько различных заболеваний, обуславливающих смертельный исход. Соблюдение указанных требований необходимо при экспертизах большинства врачебных дел, связанных с разрешением вопросов лечебной деятельности медицинского персонала, однако экспертная практика показывает, что делается это далеко не всегда.

Кроме того, в отличие от других объектов экспертизы (трупа, живого человека, вещественных доказательств), при которой производятся самостоятельные экспертные научные исследования, здесь объектом исследования являются материалы уголовного дела, включающие все медицинские документы, относящиеся к факту расследования, акты судебно-медицинских экспертиз или патологоанатомических исследований трупа, показания допрошенных по делу лиц, содержащие сведения медицинского характера, и многие другие данные. От качества этих материалов, от полноты изложенных фактов во многом зависит заключение экспертной комиссии.

Особое внимание в инструкции уделено составлению заключения, которое должно быть «...абсолютно объективным и научно обоснованным. В основу заключения должны быть положены имеющиеся в деле медицинские и судебно-медицинские материалы, а также другие объективные данные» [§ 22].

К сожалению, наблюдаются случаи, когда экспертные комиссии нечетко представляют пределы своей компетенции. В результате этого при ответах на некоторые вопросы они либо выходят за пределы своих специальных знаний и вторгаются в сферу полномочий органов следствия, либо необоснованно отказываются от ответов на вопросы, которые должны разрешить.

При экспертизе врачебных дел обычно решаются такие основные вопросы: правильность постановки диагноза или проведенного лечения, полнота оказания медицинской помощи, своевременность ее проведения, соответствие лечебных мероприятий существующим инструкциям и положениям медицинской науки, своевременность выписки больного

из лечебного учреждения, возможность и обязательность предвидения тяжких последствий, определение причинной связи между действиями медицинского персонала и тяжкими последствиями или смертельным исходом. В каждом конкретном уголовном деле могут быть поставлены и другие вопросы, связанные с особенностями случая. Перечень вопросов может быть значительно расширен. В данной работе приводятся многие из них.

Следует подчеркнуть, что решение вопросов квалификации правонарушений, допускаемых медицинскими работниками в процессе выполнения профессиональных обязанностей, является компетенцией судебно-следственных органов, однако бывают случаи, когда решать их приходится судебно-медицинской экспертизе. Это, по-видимому, связано с отсутствием четкого разграничения таких понятий, как врачебная ошибка или несчастный случай и халатное, небрежное отношение медицинских работников к выполнению своих служебных обязанностей, которые при одинаковых исходах могут быть расценены различно в зависимости от конкретных условий.

Поэтому, перечисленные вопросы нуждаются в дальнейшей совместной разработке судебными медиками и юристами.

О ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Говоря о мерах, предупреждающих возникновение так называемых врачебных дел, необходимо прежде всего проанализировать некоторые причины их появления.

Возникновение врачебных дел объясняется прежде всего тем, что смерть близкого человека причиняет огромную травму родственникам, особенно при неожиданном исходе заболевания, а так как вера во всемогущество медицины чрезвычайно велика, то виновником тяжелой утраты склонны считать врача.

В таких случаях близкие и родственники ставят под сомнение своевременность, правильность и полноту оказанной больному медицинской помощи, обвиняя врача в упущениях, недосмотре, невнимательности и т. д., явившихся, по их мнению, причиной смертельного исхода.

Недостаточная осведомленность людей о пределах возможностей медицинской науки до некоторой степени связано с неоправданно широкой популяризацией не вполне проверенных на практике новых методов лечения, применения новых препаратов и т. д. В результате врачам порой

предъявляются несправедливые требования в совершенно безнадежных случаях болезни.

Одной из причин возникновения уголовных дел по обвинению врачей и других медицинских работников являются разнообразные упущения и ошибки, связанные с низким уровнем профессиональной подготовки или отсутствием технической возможности оказать необходимую, на должном уровне медицинскую помощь. Иногда же врачи и медицинские работники допускают грубые нарушения правил и методов диагностики и лечения, а в отдельных случаях совершают и явно преступные, уголовно наказуемые деяния.

Одной из причин возникновения жалоб и возбуждения уголовных дел по обвинению некоторых медицинских работников является грубое, формальное, бестактное отношение к больному и его близким. Таким образом, там, где нарушаются морально-этические нормы поведения медицинских работников, где отсутствуют профессиональные знания, где не уделяется должного внимания вопросам медицинской этики и деонтологии, создаются условия для возникновения жалоб и уголовных дел по обвинению медицинских работников.

Поэтому необходимо постоянно совершенствовать профессиональные знания всех медицинских работников, воспитывать у них высокие моральные качества и чувство ответственности за выполнение своих служебных обязанностей. Необходима также правильная постановка пропаганды медицинских знаний среди населения.

Условиями, предупреждающими появление жалоб против врачей и медработников, являются правильная и четкая организация работы лечебного учреждения, высокая трудовая дисциплина, соблюдение медицинским персоналом норм врачебной этики и принципов медицинской деонтологии.

Важным фактором профилактики возникновения врачебных дел также является своевременный и постоянный анализ ошибок, недочетов и упущений на совместных с клиницистами заседаниях научных обществ, на клиничко-анатомических конференциях. Ведь наша общая задача сводится к тому, чтобы не только наказать виновного, а прежде всего извлечь из случившегося все возможные выводы на будущее. В. И. Ленин писал: «Важно не то, чтобы за преступление было назначено тяжкое наказание, а то, чтобы ни один случай преступления не проходил нераскрытым» [2, 40].

Применительно к «врачебным делам» задача медицинской общественности заключается в том, чтобы установить

причину допущенного правонарушения и разработать меры по предупреждению подобных случаев.

И наконец, следует подчеркнуть, что стать настоящим врачом невозможно без постоянной работы над собой.

В определенном смысле правильно мнение, что врач начинается с абитуриента, принесшего свой аттестат зрелости в приемную комиссию медицинского института. Важно выяснить, что его сюда привело — случай или осознанное призвание?

Несомненно, только по призванию можно стать хорошим врачом, в противном случае из института выйдет лишь обремененный медицинскими знаниями ремесленник, безразличный к чужой судьбе.

Выбор профессии, поиски своего жизненного пути — процесс сложный, ответственный. И при этом очень важно не ошибиться.

Академик В. В. Кованов (32, 376) вспоминает слова своего учителя, замечательного педагога и терапевта М. П. Кончаловского, который говорил, что «можно быть плохим писателем, слабым художником, бездарным актером, но преступно быть плохим врачом. Он может стать невольной убийцей».

Ошибка в выборе профессии всегда нежелательна, но она может обернуться трагедией, когда дело касается врача, так как именно от него зависит судьба сотен, а иногда и тысяч больных, которые ждут от врача помощи и сочувствия.

К сожалению, пока еще недостаточно критериев, которыми можно было бы руководствоваться при отборе абитуриентов в медицинские институты. Далеко не все поступающие в медицинский институт знают, что настоящим врачом может быть только тот, у кого есть желание отдать жизнь людям, кто обладает не только необходимыми знаниями, но и добрым сердцем; — только тот, кто может передать больному всю теплоту своей души.

В связи с этим необходимо отметить, что в средней школе не развивается интерес к медицине в такой степени, как это делается в отношении, например, математики, физики и т. д. Поэтому бывают случаи, когда становятся врачами либо по настоянию родителей или близких, либо под влиянием порой слишком приукрашенного отражения в литературе и на экране этой профессии.

Таким образом, отсутствие истинного призвания к медицине и к врачебной профессии является одной из причин, вызывающих те недостатки в работе, которые, к сожалению, еще иногда имеют место. И не случайно в медицин-

ской печати широко обсуждается волнующая всех тема о призвании врача, об этике и деонтологии медицинского работника.

Уже с первых дней обучения в медицинском институте следует уделять внимание этическому воспитанию будущего врача. Он должен знать, какие высокие душевные качества потребуются от него в дальнейшем, какие трудности и опасности ему могут встретиться на избранном пути, и как важно добросовестно и систематически овладевать необходимыми знаниями. Ведь врачебная работа предполагает известное пренебрежение своим личным во имя больного, готовность сознательно подвергаться риску.

Труд врача, как никакой другой, требует самоотверженности. Сняв халат и выйдя из больницы, врач не может уйти от всех забот и сомнений, от тревог о том, кого он лечит. «Много раз, — писал выдающийся хирург М. И. Коломийченко, — он будет просыпаться по ночам, спрашивать себя, все ли сделано для спасения жизни; много раз, сидя у друзей, в театре, он внезапно почувствует себя не на месте, пронзенный острым беспокойством за судьбу больного; много раз он будет преодолевать собственное нездоровье, забывая о личных своих бедах и неурядицах, чтобы успокоить чужую боль» [33, 25].

Из всего вышеизложенного следует, что глубокие профессиональные знания, овладение принципами врачебной этики и медицинской деонтологии крайне необходимы врачу любого профиля и что воспитать чувства врача не менее важно, чем вооружить его необходимыми знаниями и навыками.

В настоящее время вопросы врачебной этики и медицинской деонтологии входят в учебную программу для студентов медицинских институтов и являются составной, органической частью преподавания всех без исключения медицинских дисциплин. Большая роль в этом принадлежит и кафедрам общественных наук, которые знакомят будущих врачей с философскими проблемами врачебной этики.

Советские врачи прекрасно понимают свой долг — долг честного, самоотверженного служения больному человеку, знают и то, как высоко и заслуженно ценит народ их благородный труд.

И если в медицинской практике встречаются врачебные ошибки или профессиональные правонарушения отдельных медицинских работников, то ответственность их в этих случаях определяется в зависимости от характера, степени общественной опасности наступивших в результате этого последствий. В нашей стране профессиональные наруше-

ния, допущенные медицинскими работниками, представляют собой редкое явление. Профилактика таких правонарушений обусловлена самой сущностью нашего общественно-государственного строя и всей системы здравоохранения и обеспечивается постоянной идейно-политической работой, направленной на воспитание высоких моральных качеств медицинских работников и целым комплексом тесно связанных между собой мероприятий.

Это прежде всего необходимая профессиональная подготовка и правильная расстановка кадров (при постоянно действующей системе повышения квалификации всех медицинских работников); хорошая организация и четкая работа всех подразделений и звеньев медицинской службы при надлежащем материально-техническом их обеспечении; систематический контроль за качеством работы на всех этапах оказания медицинской помощи, своевременный критический разбор допущенных ошибок и правонарушений с разработкой конкретных мер по их устранению и предупреждению; высокая трудовая дисциплина и образцовое выполнение своего врачебного долга.

От качества и четкости выполнения всех этих мероприятий во многом зависит успех работы любого лечебно-профилактического учреждения и каждого медицинского работника.

В социалистическом обществе здоровье людей расценивается как основное богатство страны, Коммунистическая партия и Советское государство проявляют неустанную заботу об охране здоровья советских людей. Ни в одной стране мира не сделано столько в области развития здравоохранения как у нас за время существования Советской власти. Однако было бы неправильно останавливаться на достигнутом, необходимо дальнейшее совершенствование лечебной и профилактической работы.

Сегодняшние студенты — это врачи будущего, специалисты, которым предстоит жить и работать в период бурного развития науки и техники, высокого роста культуры населения. В связи с этим вопросы профессиональной подготовки и нравственного воспитания врачей в настоящее время приобретают исключительно важное значение.

Хочется надеяться, что выпускники наших медицинских вузов будут с честью нести высокое звание врача Советского Союза:

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Энгельс Ф.* Людвиг Фейербах и конец классической немецкой философии.— Маркс К., Энгельс Ф. Соч. 2-е изд., т. 21, с. 269—317.
2. *Ленин В. И.* Полн. собр. соч., т. 4.— 566 с.
3. *Брежнев Л. И.* Отчет Центрального Комитета КПСС XXVI съезду Коммунистической партии Советского Союза и очередные задачи партии в области внутренней и внешней политики.— В кн.: Материалы XXVI съезда КПСС.— М.: Политиздат, 1982.— 223 с.
4. *Бердичевский Ф. Ю.* Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей.— М.: Юридическая литература, 1970.— 128 с.
5. *Березов Е. Л.* По поводу статьи доц. И. Я. Бычкова «Юридические вопросы в хирургической практике».— Хирургия, 1948, № 5, с. 9—13.
6. *Боткин С. П.* Клинические лекции: В 2-х т.— М.: Медгиз, 1950, т. 2.— 580 с.
7. *Буренков С. П., Лидов И. П., Потулов Б. М., Стогин А. М., Ширинский П. П.* Становление и развитие советского здравоохранения.— В кн.: 60 лет советского здравоохранения. М.: Медицина, 1977, с. 37—85.
8. *Вагнер Е. Н., Росиновский А. А., Ягунов П. Д.* О самовоспитании врача.— М.: Медицина, 1971.— 151 с.
9. *Вайль С. С.* Некоторые вопросы врачебной деонтологии.— М.: Медицина, 1969.— 44 с.
10. *Велишева Л. С.* Врачебные ошибки в педиатрической практике.— В кн.: Вопросы травматологии, скоропостижной смерти и деонтологии в экспертной практике. М.: Медгиз, 1963, с. 218—225.
11. *Ветлугина К. Ф.* О диагностических ошибках при острых инфекционных заболеваниях.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и врачебные ошибки. Астрахань: Волга, 1969, с. 26—27.
12. *Гамбург А. М.* К судебной ответственности медицинского персонала.— В кн.: Труды судебно-медицинских экспертов Украины. Киев: Здоров'я, 1969, с. 193—198.
13. *Гиппократ.* Избранные книги.— М.: Медгиз, 1936.— 736 с.
14. *Глязер Г.* Драматическая медицина (опыты врачей на себе).— М.: Молодая гвардия, 1962.— 208 с.
15. *Гольдштейн С. Б.* Особо редкий случай прободения матки во время производства аборта с последующим выделением всего кишеч-

ника через перфорационное отверстие.— В кн.: Труды судебно-медицинских экспертов Украины. Львов: Медиздат, 1941, с. 224—229.

16. *Гортинская Н. А.* Судебно-медицинская экспертиза по особо-сложным делам по Воронежской области за последние 7 лет.— В кн.: Судебно-медицинская экспертиза и криминалистика на службе следствия. Ставрополь, 1969, с. 73—76.

17. *Грищенко О. А.* О причинах привлечения к судебной ответственности врачей-хирургов.— В кн.: Труды судебно-медицинских экспертов Украины. Киев: Здоров'я, 1965, с. 198—204.

18. *Громов А. П.* Правда, обязанности и ответственность медицинских работников.— М.: Медицина, 1976.—168 с.

19. *Громов А. П.* Курс лекций по судебной медицине.— М.: Медицина, 1970.— 312 с.

20. *Громов А. П.* Современные вопросы врачебной этики и деонтологии.— Советская медицина, 1972, № 2, с. 75—77.

21. *Громов А. П.* Врачебная деонтология и ответственность медицинских работников.— М.: Медицина, 1969.—78.

22. *Гуляев А. В.* Вопросы деонтологии в хирургии.— В кн.: Первая Всесоюзная конференция по проблемам медицинской деонтологии. М.: Медицина, 1970, с. 71—81.

23. *Гуревич Н. И.* Несколько замечаний к статье доц. И. Я. Бычкова «Юридические вопросы в хирургической практике».— Хирургия, 1948, № 5, с. 13—19.

24. *Давыдов С. Н.* Деонтология в акушерстве и гинекологии.— М.: Медицина, 1979.— 143 с.

25. *Дидковская С. П.* О судебно-медицинских экспертизах, связанных с привлечением к уголовной ответственности медицинского персонала.— В кн.: Труды судебно-медицинских экспертов Украины. Киев: Здоров'я, 1962, с. 17—21.

26. *Загрядская А. П.* О моральной ответственности врача, как помощника правосудия.— В кн.: Этические проблемы медицины. Горький, 1967, с. 118—124.

27. *Казан М. И., Шниганович А. В.* Врачебные ошибки.— Рига: Минздрав Латв. ССР, 1964.—189 с.

28. *Калинин М. И.* О здравоохранении в медицине.— М.: Медгиз, 1962, с. 22—26.

29. *Кантер Э. И.* Причины некоторых ошибок медперсонала.— В кн.: Судебно-медицинская экспертиза и криминалистика на службе следствия. Ставрополь, 1958, с. 228—233.

30. *Кассирский И. А.* Об иатрогенных заболеваниях.— В кн.: Первая Всесоюзная конференция по проблемам медицинской деонтологии. М.: Медицина, 1970, с. 55—64.

31. *Кассирский И. А.* О врачевании. Проблемы и раздумья.— М.: Медицина, 1970.— 272 с.

32. *Кованов В. В.* Призвание.— М.: Полпгиздат, 1970.— 512 с.

33. *Коломийченко М. И.* Об этике советского врача.— В кн.: Актуальные вопросы хирургии. Киев: Здоров'я, 1962, с. 16—29 с.

34. *Колп А. Ф.* К материалам о врачебной этике.— Харьков: Научная мысль, 1928.— 32 с.

35. *Концевич И. А., Кузьмина Е. И.* О характере и причинах профессиональных правонарушений медицинских работников.— В кн.: Судебно-медицинская наука в практике здравоохранения и экспертиза. Минск: Минздрав СССР, 1979, с. 44—47.

36. *Кочетков В. Д., Миллих М. В.* Вопросы медицинской деонтологии в практике венеролога.— Вестник дерматологии и венерологии, 1972, № 3, с. 69—72.

37. *Краковский Н. И.* Деонтология в хирургии.— Советская медицина, 1972, № 2, с. 61—66.

38. *Краковский Н. И., Грицман Ю. Я.* Ошибки в хирургической практике и пути их предупреждения.— М.: Медгиз, 1957.— 82 с.

39. *Крылов И. Ф.* Врач и закон. Правовые вопросы деятельности.— Л.: Знание, 1972.— 47 с.

40. *Лурия Р. А.* Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания.— М.: Медицина, 1944.— 83 с.

41. *Мильман Н. Я., Кишиневский Л. Е.* Некоторые вопросы рентгенологической деонтологии.— М.: Медгиз, 1960.— 55 с.

42. *Мудров М. Я.* Избранные произведения.— М.: Изд-во АМН СССР, 1949.— 244 с.

43. Цит. по кн.: Научно-практический комментарий к УК УССР.— Киев: Политиздат Украины, 1978.— 684 с.

44. *Неуважаев А. И.* К вопросу об экспертизе врачебных дел.— В кн.: Судебно-медицинская экспертиза и криминалистика на службе следствия. Ставрополь, 1965, с. 65—72.

45. Цит. по кн.: *Носов С. Д.* Вопросы деонтологии в научно-исследовательской работе врача.— М.: Медицина, 1975.— 71 с.

46. *Огарков И. Ф.* Профессиональные правонарушения врачей и уголовная ответственность за них.— Л.: ВМОЛА, 1961.— 74 с.

47. Цит. по кн.: Основные проблемы врачебной этики и медицинской деонтологии.— М.: Медицина, 1963.— 88 с.

48. *Павленко П. А.* К вопросу о некоторых ошибках в хирургической практике.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и врачебные ошибки. Астрахань: Волга, 1969, с. 19—21.

49. Цит. по кн.: Первая Всесоюзная конференция по проблемам медицинской деонтологии.— М.: Медицина, 1970.—176 с.

50. *Петров Б. Д.* Деонтология в истории отечественной медицины.— В кн.: Первая Всесоюзная конференция по проблемам медицинской деонтологии. М.: Медицина, 1970, с. 11—27.

51. *Петров Н. Н.* Принципы деонтологии в онкологической практике.— Вестник хирургии, 1965, № 5, с. 3—7.

52. *Петров Н. Н.* Вопросы хирургической деонтологии.— Л.: Медгиз, 1956.— 64 с.

53. *Персианинов Л. С.* Деонтология в акушерстве и гинекологии.— В кн.: Первая Всесоюзная конференция по проблемам медицинской деонтологии. М.: Медицина, 1970, с. 81—86.

54. *Пирогов Н. И.* Избранные педагогические произведения.— М.: Изд-во АПН РСФСР, 1953.— 752 с.

55. *Писарев Д. И.* Этика и мышление советского врача.— М.: Медгиз, 1963.— 88 с.

56. *Писарев Д. И.* Основные проблемы врачебной этики и медицинской деонтологии.— М.: Медицина, 1961.— 192 с.

57. *Писарев Д. И., Преображенский А. П.* Некоторые вопросы деонтологии в эндокринологической практике.— Проблемы эндокринологии, 1971, № 1, с. 3—6.

58. *Поддубная Т. Т.* Об онкологической деонтологии.— Здравоохранение Белоруссии, 1957, № 8, с. 36—39.

59. *Пондоев Г. С.* Заметки врача. Тбилиси: Сабчота Сакартвело, 1961.— 313 с.

60. *Попов П. В.* Судебная медицина.— М.: Медицина, 1950.— 515 с.

61. *Преображенский А. П.* Некоторые вопросы деонтологии в эндокринологической практике.— Проблемы эндокринологии, 1971, № 1, с. 3—6.

62. *Преображенский Б. С.* Этика советского врача и вопросы деонтологии.— Клиническая медицина, 1964, № 7, с. 3—8.

63. *Райский М. И.* Судебная медицина.— М.: Медицина, 1953.— 468 с.

64. *Рубежанский А. Ф.* Судебно-медицинская экспертиза.— Киев: Здоров'я, 1976.— 200 с.

65. *Сапожников Ю. С., Гамбург А. М.* Судебная медицина.— Киев: Вища школа, 1981.— 328 с.

66. *Сидоров С. М., Маркарьян О. И.* О профессиональных правонарушениях медицинского персонала вообще и о врачебных ошибках хирургов в частности.— В кн.: Труды научного общества судебных медиков и криминалистов Казахской ССР. Алма-Ата, 1961, с. 133—138.

67. *Смолянинов В. М.* Врачебная ошибка в аспекте медицинской деонтологии.— В кн.: Первая Всесоюзная конференция по проблемам медицинской деонтологии. М.: Медицина, 1970, с. 86—93.

68. Цит. по кн.: *Смулевич Б. Я.* Критика современной буржуазной социальной гигиены и медицинской социологии.— М.: Медгиз, 1960.— 339 с.

69. *Старобинский И. М.* Вопросы деонтологии в стоматологической практике.— Стоматология, 1970, № 3, с. 61—62.

70. Судебная медицина/Под ред. А. Р. Денъковского, А. А. Матыева.— М.: Медицина, 1976.— 471 с.

71. Судебная медицина/Под ред. В. И. Смолянинова.— М.: Медицина, 1975.— 343 с.

72. *Сундуков В. А., Егоров К. В.* Ошибки судебно-медицинских экс-

пертов.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и врачебные ошибки. Астрахань: Волга, 1969, с. 28—29.

73. *Ушаков В. В.* Внезапная смерть при лекарственной аллергии.— В кн.: Актуальные проблемы судебной медицины. М.: Медгиз, 1972, с. 99—100.

74. *Чеботарева Э. П.* Врачебная этика.— М.: Медицина, 1970.— 100 с.

75. *Черваков В. Ф.* Судебно-медицинская деонтология (лекция).— М.: МОЛМИ, 1957.— 23 с.

76. *Шалаев Н. Г.* К казуистике способов производства криминальных абортов.— В кн.: Вопросы экспертизы и криминалистики. Горький, 1959, с. 322—325.

77. *Шершавкин С. В.* О разборе врачебных ошибок.— В кн.: Труды научного общества судебных медиков и криминалистов. Алма-Ата, 1961, с. 143—146.

ОГЛАВЛЕНИЕ

От автора	3
Введение	6
Деонтологические особенности в работе врачей различных специальностей	13
Права и обязанности медицинских работников	34
Ответственность медицинских работников за профессиональные правонарушения	39
Врачебные ошибки и несчастные случаи в медицинской практике	80
Особенности судебно-медицинской экспертизы врачебных дел	98
О предупреждении профессиональных правонарушений медицинских работников	100
Список использованной литературы	104

Ираида Афанасьевна Концевий

Долг и ответственность врача
(судебно-медицинские аспекты)

Редактор *И. С. Карулина*
Переплет художника *Е. Г. Рублева*
Художественный редактор *С. В. Анненков*
Технический редактор *Л. Ф. Курышева*
Корректор *Л. Г. Батшеева*

Информ. бланк № 7823

Сдано в набор 30.06.82. Подп. в печать 10.12.82. БФ 02756. Формат 84×108¹/₂. Бумага типогр. № 3. Лит. гарн. Выс. печать. 5,88 усл. печ. л. 6,09 усл. кр.-отт. 7,07 уч.-изд. л. Тираж 33000. Изд. № 5086. Зак. № 380. Цена 25 к.

Головное издательство издательского объединения «Вища школа», 252054, Киев-54, ул. Гоголевская, 7.

Белоцерковская княжняя фабрика, 256400, г. Белая Церковь, ул. К. Маркса, 4.