

Юридические аспекты катетеризации подключичной вены

С.А. Сумин

**Заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии
ФПО ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России,
Заслуженный работник высшей школы РФ,
«Почетный член ФАР»,
«Почетный член Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов»,
д.м.н., профессор**

Что такое «Катетеризация подключичной и других центральных вен»?

Впервые понятие "Катетеризация подключичной и других центральных вен» было введено в оборот отраслевым классификатором "Простые медицинские услуги» в соответствии с приказом министерства здравоохранения РФ от 10.04.2001г. №113, а в 2012г. данный приказ был отменен.

В дальнейшем был принят приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011г. №1664н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг" (с изменениями и дополнениями от 28 октября 2013г., 10 декабря 2014г., 29 сентября 2016г.). В данном приказе обозначены коды услуг, состоящие из буквенно-цифрового шифра от 8 до 11 (12*) знаков. Первый знак обозначает класс услуги, второй и третий знаки - раздел (тип медицинской услуги), четвертый и пятый (шестой*) знаки - подраздел (анатомо-функциональная область и/или перечень медицинских специальностей), с шестого по одиннадцатый знаки (с седьмого по двенадцатый*) - порядковый номер (группы, подгруппы). Перечень медицинских услуг разделен на два класса: "А" и "В».

Классы медицинских услуг

Класс "А" включает медицинские услуги, представляющие собой определенные виды медицинских вмешательств, направленные на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющие самостоятельное законченное значение.

Класс "В" включает медицинские услуги, представляющие собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Медицинские услуги класса "А"

<u>A11.12.001</u>	<u>Катетеризация подключичной и других центральных вен</u>
A11.12.002	Катетеризация кубитальной и других периферических вен
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных препаратов
A11.12.003.001	Непрерывное внутривенное введение лекарственных препаратов
A11.12.007	Взятие крови из артерии
A11.12.008	Внутриартериальное введение лекарственных препаратов
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены
A11.12.010	Катетеризация аорты
A11.12.011	Катетеризация органных артерий
A11.12.012	Катетеризация артерий конечностей
A11.12.013	Взятие крови из центральной вены

В классе "В" обозначены следующие медицинские услуги:

V01.003.001	Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный
V01.003.002	Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом повторный
V01.003.003	Суточное наблюдение врачом-анестезиологом-реаниматологом
V01.003.004	Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)
V01.003.004.001	Местная анестезия
V01.003.004.002	Проводниковая анестезия
V01.003.004.003	Ирригационная анестезия
V01.003.004.004	Апликационная анестезия
V01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия
V01.003.004.006	Эпидуральная анестезия
V01.003.004.007	Спинальная анестезия
V01.003.004.008	Спинально-эпидуральная анестезия
V01.003.004.009	Тотальная внутривенная анестезия
V01.003.004.010	Комбинированный эндотрахеальный наркоз
V01.003.004.011	Сочетанная анестезия
V01.003.004.012	Комбинированный ингаляционный наркоз (в том числе с применением ксенона)

Кто и что должен делать

В соответствии с квалификационными требованиями приказа Министерства здравоохранения СССР от 21 июля 1988г. №579 "Об утверждении квалификационных характеристик врачей-специалистов" (с изм. и доп. от 25 декабря 1997 г.), в сборнике квалификационных характеристик врачей-специалистов различных профилей манипуляция "пункция и катетеризация вен» без ее описания, правил и стандарта исполнения, входит в квалификационную характеристику специалиста врача анестезиолога-реаниматолога.

Кто и что должен делать

В соответствии с требованиями специальности в разделе: 17. квалификационная характеристика специалиста врача анестезиолога-реаниматолога в пункте 3. (специальные знания и умения) врач анестезиолог-реаниматолог должен: установить показания и производить катетеризацию периферических и центральных (подключичной и внутренней яремной) вен, осуществить контроль проводимых инфузий и состояний больного; распознать и правильно лечить осложнения катетеризации центральных (подключичной и внутренней яремной) вен, пневмо-, гидро-, гемоторакс. В пункте 4. (манипуляции) обозначено, что врач анестезиолог реаниматолог должен выполнять: венепункции, венесекции, катетеризацию периферических и центральных вен у взрослых и детей, выполнять длительную инфузионно-трансфузионную терапию, использовать аппаратуру для дозированных инфузий; артериопункцию и артериосекцию.

Кто и что должен делать

В приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010г. №541н "Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" в должностных обязанностях врача анестезиолога-реаниматолога обозначено следующее: осуществляет анестезиологическое обеспечение операций, диагностических и лечебных процедур, требующих обезболивания или проведения мониторинга системы дыхания и кровообращения в период их выполнения, применяя современные и разрешенные в Российской Федерации методы анестезии, определяет показания и производит катетеризацию периферических и центральных вен, осуществляет контроль проводимой инфузионной терапии.

Кто должен распознавать и лечить осложнения катетеризации центральных (подключичной и внутренней яремной) вен, пневмо-, гидро-, гемоторакс?

Согласно п. 17 приказа МЗ СССР от 21.07.1988 г. № 579 (в ред. Приказа Минздрава РФ от 25.12.97 N 380 – Действует), Квалификационная характеристика специалиста врача анестезиолога-реаниматолога содержит раздел:

3. Специальные знания и умения.

- **распознать и правильно лечить** осложнения катетеризации центральных (подключичной и внутренней яремной) вен, пневмо-, гидро-, гемоторакс».

Согласно п. 12 этого же приказа, Квалификационная характеристика специалиста врача-хирурга содержит раздел:

4. Операции и манипуляции:

- первичная хирургическая обработка ран;
- наложение сосудистого шва;
- экстренная торакотомия и лапаротомия; ушивание открытого пневмоторакса; ушивание ран легкого и сердца;

Таким образом, в соответствии с требованиями специальности, врач анестезиолог-реаниматолог должен уметь «распознавать и правильно лечить» осложнения катетеризации центральных вен, а врач хирург должен уметь делать «экстренную торакотомию» и «ушивание ран легкого».

Важно знать!

Решением Верховного Суда РФ от 22.01.2014 г. № АКПИ13-1208, оставлено без изменения определение Апелляционной коллегии Верховного Суда РФ от 20 марта 2014 г. №АПЛ14-57, а раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" настоящего справочника признан не противоречащим действующему законодательству.

Необходимо помнить, что на стадии утверждения находится профессиональный стандарт врача-анестезиолога-реаниматолога.

Технологические недостатки манипуляции катетеризации подключичной и других центральных вен

Катетеризация подключичной и других центральных вен характеризуется наличием технологического недостатка: врач анестезиолог-реаниматолог, проводит данную манипуляцию практически вслепую, то есть без визуального контроля продвижения пункционной иглы, поэтому он не может предвидеть возможность наступления повреждения артерии или плевры, причем не может это сделать и при *должной предусмотрительности и внимательности*.

В настоящее время нет строгих доказательных, четко определенных признаков перфорации купола плевральной полости и других осложнений в процессе самой пункции и катетеризации вены.

Осложнение пункции в виде пневмоторакса возникает в 1-3,5% манипуляций, то есть риск его возникновения достаточно серьезен именно, вследствие отсутствия визуального контроля за продвижением иглы.

**Тимофеев В.И. Патология лечения.
Руководство для врачей. СПб: 1999. – 656
с.**

... по данным патологоанатома проф. И.В. Тимофеева, специалиста в области изучения патологической анатомии причинения вреда здоровью пациента при оказании и медицинской помощи, «пневмоторакс, как правило, развивается спустя шесть часов после перфорации, так как отверстие от иглы точечное».

По данным руководства «Анестезиология: как избежать ошибок» (Москва. 2011) со ссылкой на данные Американской ассоциации анестезиологов (ASA), которая ведет строгий учет осложнений, указывается, что летальность при осложнениях катетеризации подключичной вены связана с техническими проблемами – отсутствием визуализации продвижения иглы. За период с 1978 по 1989 гг. зафиксировано шесть случаев гемоторакса, все шесть закончились летальным исходом; семь случаев пневмоторакса - один случай закончился летальным исходом; за период с 1990 по 2000 годы зафиксировано пять случаев гемоторакса, три закончились летальным исходом и - три случая пневмоторакса. Следовательно, несмотря на повсеместное применение, частое использование и наличие различных методик при катетеризации центральных вен, осложнения при проведении этой манипуляции встречаются довольно часто. Можно ли снизить частоту возникновения осложнений? Да, можно. При проведении катетеризации вены под контролем УЗИ частота осложнений становится менее 1%, но и она не дает 100% гарантии.

Как можно и нужно расценивать осложнения медицинской манипуляции по катетеризации подключичной и других центральных вен?

Статья 20 ФЗ №323 регламентирует, что при получении информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, гражданину необходимо в доступной для него форме, помимо всего прочего, довести информацию о риске медицинского вмешательства. Таким образом, согласно нормы данной статьи законом признается, что «методы оказания медицинской помощи» всегда связаны «с риском» и возможны «его последствия».

Примечание: *риск - характеристика ситуации, имеющей неопределённость исхода, при обязательном наличии неблагоприятных последствий (Википедия - свободная энциклопедия).*

Что нужно для того, чтобы выполнение медицинской услуги A11.12.001 «Катетеризация подключичной и других центральных вен», находилось в правовом поле?

Согласно ст. 37. ФЗ N 323 «Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи»:

1. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.

2. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

3. Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний).

Следовательно, нужен правовой документ, регламентирующий правила выполнения медицинской услуги «Катетеризация подключичной и других центральных вен», но **такого документа на сегодняшний день нет.**

Спасение утопающих - дело рук самих утопающих...

Для выхода из такой тупиковой ситуации нам представляется целесообразным наличие нормативного документа, регламентирующего основные правила выполнения катетеризации подключичной и других вен. Исходя из вышеизложенного, а так же из наличия опыта различных региональных лечебных учреждений (ОБУЗ Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница №2» министерства Хабаровского края и др.), создание такого документа будет важным шагом в предупреждении и правильной оценки выполнения этой манипуляции.

Рекомендации по разработке документа

1. В документе должно быть детальное описание показаний, противопоказаний и других нюансов по данному вопросу. Довольно часто возникают спорные ситуации об ответственности за состояние катетера в подключичной вены при переводе пациента из отделения реанимации в профильное отделение. В локальном приказе следует детализировать данный вопрос и подчеркнуть, что за состояние катетера отвечает лечащий врач, а анестезиолог-реаниматолог в данной ситуации является консультантом.

2. Должен быть свой протокол катетеризации магистрального венозного сосуда. В нем следует обратить особое внимание на методы верификации интравенозного положения катетера (свободный ток крови, рентген, УЗИ).

3. От пациента должно быть получено информированное добровольное согласие на установку катетера, в котором следует сделать акцент на состояние сознания (количественные, качественные нарушения). Если же имеет место другая ситуация (уровень сознания, тяжесть состояния, экстренность), то руководствоваться необходимо 20 статьей №323 ФЗ.

Примечание. В ближайшее время на сайте федерации анестезиологов-реаниматологов РФ (ФАР) будет представлен образец приказа руководителя лечебного учреждения: «О проведении катетеризации центральных и периферических вен», протокола катетеризации магистрального венозного сосуда и Информированного добровольного согласия на проведение пункции и катетеризации центральных и периферических вен.

4. Возможно, будет целесообразно внесение в должностные инструкции врача анестезиолога-реаниматолога лечебного учреждения ссылку на исполнение локального протокола катетеризации магистрального венозного сосуда.

Можно ли в провести оценку правильности выполнения медицинской услуги «Катетеризация подключичной и других центральных вен»?

В отсутствие исполнения Министерством здравоохранения РФ своего обязательства, в частности, по установлению официальных правил и стандарта исполнения пункции и катетеризации подключичной вены дать правовую оценку правильности выполнения данной манипуляции не предъясняется возможным.

Поэтому, при проведении СМЭ, связанных с осложнениями медицинской услуги «Катетеризация подключичной и других центральных вен», мнения специалистов-экспертов следует расценивать как частное, и оно не может быть положено в основу однозначного решения (теоретически).

Как можно и нужно расценивать осложнения медицинской услуги «Катетеризация подключичной и других центральных вен»?

- **В соответствии со ст. 20 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", данное осложнение входит в понятие риск медицинского вмешательства.**
- **В соответствии с Приказом Минздрава РФ от 27 мая 1997 г. N 170 "О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра" (с изменениями и дополнениями), в нашей стране была введена в действие МКБ – 10.**

МКБ 10

Класс XX. V01—Y98. Внешние причины заболеваемости и смертности.

Y60—Y69 Случайное нанесение вреда больному при выполнении терапевтических и хирургических вмешательств.

Y60 Случайный порез, укол, перфорация или кровотечение при выполнении хирургической и терапевтической процедуры:

Y60.0 При проведении хирургической операции;

Y60.1 При проведении инфузии и трансфузии;

Y60.2 При почечном диализе или другой перфузии;

Y60.3 При проведении инъекции или иммунизации;

Y60.4 При эндоскопическом исследовании;

Y60.5 При катетеризации сердца;

Y60.6 При аспирации жидкости или ткани, пункции и другой катетеризации

Y60.8 При проведении другой терапевтической или хирургической процедуры;

Y60.9 При проведении неуточненной терапевтической или хирургической процедуры;

Y65 Другие несчастные случаи во время оказания хирургической и терапевтической помощи;

Y65.0 Несовместимость перелитой крови;

Y65.1 Использование для вливания ошибочно взятой жидкости;

Y65.2 Дефект в наложении шва или лигатуры во время хирургической операции;

Y65.3 Неправильное положение эндотрахеальной трубки при даче наркоза;

Y65.4 Дефект введения или удаления другой трубки или инструмента;

Y65.5 Выполнение операции, не соответствующей показаниям;

Y65.8 Другие уточненные несчастные случаи во время оказания терапевтической и хирургической помощи;

Y69 Несчастный случай во время оказания хирургической и терапевтической помощи неуточненный.

МКБ -10

T80-T88 Осложнения хирургических и терапевтических вмешательств, не классифицированные в других рубриках.

T80 Осложнения, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией;

T80.0 Воздушная эмболия, связанная с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией;

T80.1 Сосудистые осложнения, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией;

T80.2 Инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией;

T80.8 Другие осложнения, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией; T80.9 Осложнение, связанное с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией неуточненное (*исключен 2017г.*).

T81 Осложнения процедур, не классифицированные в других рубриках:

T81.0 Кровотечение и гематома, осложняющие процедуру, не классифицированные в других рубриках;

T81.1 Шок во время или после процедуры, не классифицированный в других рубриках;

T81.2 Случайный прокол или разрыв при выполнении процедуры, не классифицированный в других рубриках (*исключен 2017г.*);

T81.3 Расхождение краев операционной раны, не классифицированное в других рубриках;

T81.7 Сосудистые осложнения, связанные с процедурой, не классифицированные в других рубриках;

T81.8 Другие осложнения процедур, не классифицированные в других рубриках;

T81.9 Осложнение процедуры неуточненное;

T88 Другие осложнения хирургических и терапевтических вмешательств, не классифицированные в других рубриках;

T88.5 Другие осложнения анестезии;

T88.6 Анафилактический шок, обусловленный патологической реакцией на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство;

T88.7 Патологическая реакция на лекарственное средство или медикаменты неуточненная;

T88.8 Другие уточненные осложнения хирургических и терапевтических вмешательств, не классифицированные в других рубриках;

T88.9 Осложнение хирургического и терапевтического вмешательства неуточненное.

Таким образом, МКБ - 10 делает полностью легитимным диагноз: «Случайная перфорация правой (левой) подключичной вены и купола плевры справа (слева) при катетеризации».

Случайное нанесение вреда больному при выполнении терапевтических и хирургических вмешательств

**Причинение вреда по неосторожности
следует отличать от невинного вреда.**

Если в первом случае врач должен предвидеть последствия своих действий, то во втором случае предвидеть, а тем более предотвратить последствия невозможно.

УК РФ, Статья 118. Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности

1. Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности - наказывается штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо арестом на срок до шести месяцев.
2. То же деяние, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, - наказывается ограничением свободы на срок до четырех лет, либо принудительными работами на срок до одного года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до одного года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

УК РФ, Статья 28. Невинное причинение вреда. **Уголовная ответственность не предусмотрена**

1. Деяние признается совершенным невиновно, если лицо, его совершившее, не осознавало и по обстоятельствам дела не могло осознавать общественной опасности своих действий (бездействия) либо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий и по обстоятельствам дела не должно было или **не могло их предвидеть.**

2. Деяние признается также совершенным невиновно, если лицо, его совершившее, хотя и предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но не могло предотвратить эти последствия в силу несоответствия своих психофизиологических качеств требованиям экстремальных условий или нервно-психическим перегрузкам.

Как свести к минимуму возможные проблемы

юридического характера

В отсутствие исполнения Министерством здравоохранения РФ своего обязательства, в частности, по установлению официальных правил и стандарта исполнения пункции и катетеризации подключичной вены, следует:

1. Иметь свой приказ главного врача по лечебному учреждению типа: **«О проведении катетеризации центральных и периферических вен»** с детальным описанием показаний, противопоказаний и других нюансов проведения данной манипуляции.
2. Должен быть свой протокол катетеризации магистрального венозного сосуда. В нем следует обратить особое внимание на методы верификации интравенозного положения катетера (например, свободный ток крови, рентген, УЗИ).
3. Должно быть Информированное добровольное согласие, в котором следует сделать акцент на состояние сознания (количественные, качественные нарушения сознания).

Что нужно знать, если наступило осложнение с летальным исходом?

Следует знать, что если по наступившему осложнению, не разобравшись детально в чем дело, администрация применит к врачу дисциплинарное взыскание в виде выговора или даже замечания, то в последующем, в судебных инстанциях, это будет расцениваться как факт признания администрацией вины врача.

При наличии заявления в прокуратуру на летальный исход с требованием привлечь к уголовной ответственности предполагаемого виновника, в соответствии со ст. 144. «Порядок рассмотрения сообщения о преступлении» УПК РФ, обычно проводится **доследственная проверка**. Прокуратура делает предписание Комитету здравоохранения области провести ведомственную проверку. Назначается комиссия и по результатам ее работы составляется **Акт проверки в рамках ведомственного контроля**. Срок проверки до 30 суток.

Членам комиссии нужно четко знать и понимать, что данный документ в последующем может стать краеугольным, и то, что там будет написано, в последующем может быть использовано как за, так и против врача. В Акте проверки должны быть сделаны однозначные выводы. В качестве примера привожу возможные варианты такого заключения.

Ключевые моменты, которые желательно отразить в Акте проверки в рамках ведомственного контроля

1. ...На момент госпитализации в отделение ОБУЗ ... больной (ая) ФИО нуждалась в проведении многокомпонентной инфузионной терапии.
2. Ввиду многократных попыток пункции и катетеризации периферической вены, которые не увенчались успехом, по экстренным показаниям (ст. 32 «Медицинская помощь» ФЗ 323), в условиях крайней необходимости (ст. 39 УК РФ), было принято решение о пункции и катетеризации центральной вены.
3. Пункция и катетеризация центральной вены проведена обоснованно, в соответствии с приказом № ХХХ от ХХ. ХХ. ХХХХ года главного врача МУЗ «О проведении катетеризации центральных и периферических вен лечебного учреждения (пункт 4 «Показания к катетеризации центральных вен»).
4. Предварительно было получено **информированное добровольное согласие** на проведение данной процедуры (ст. 20 ФЗ). О возможном риске медицинского вмешательства больная ФИО была предупреждена (ст. 20 ФЗ).
5. Манипуляция «катетеризация подключичной вены» характеризуется наличием технологического недостатка: врач анестезиолог-реаниматолог, проводит данную манипуляцию вслепую, т.е. без визуального контроля продвижения пункционной иглы, поэтому он не может предвидеть возможность наступления повреждения артерии или плевры, причем не может это сделать и при **должной предусмотрительности и внимательности** (ст. 26 УК РФ).
6. В соответствие с Приказом Минздрава РФ от 27 мая 1997 г. N 170, данное осложнение следует трактовать как случайное нанесение вреда больному при выполнении хирургического вмешательства в виде перфорации правой (левой) подключичной вены и купола плевры справа (слева) при катетеризации (Код Y60 МКБ – 10) .
7. Фактов ненадлежащего исполнения служебных обязанностей врачом анестезиологом-реаниматологом ФИО установлено не было. Возникшее осложнение входит в понятие риска медицинского вмешательства, предусмотренного ст. 20 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Как подвести своего коллегу под уголовную ответственность

г. Белгород
2017г.

8 февраля

АКТ ПРОВЕРКИ

Департаментом здравоохранения и социальной защиты населения области №4

Выводы:

10. Реанимационные мероприятия проведены с нарушением методических рекомендаций по проведению реанимационных мероприятий Европейского совета по реанимации, принятых в Российской Федерации.

Комментарии. Данные рекомендации не прошли процедуры официального утверждения и регистрации в Министерстве юстиции, стало быть они не являются нормативным документом, поэтому ссылка на них является неправомерной.

А знаете ли Вы, что официальным нормативным документом на сегодняшний день являются нижеприведенный документ:

Утверждены Минздравом России

22 июня 2000 года

**СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ
МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ N 2000/104**

Возможные варианты развития дальнейших событий

По результатам доследственной проверки (главная его составляющая - **Акт проверки в рамках ведомственного контроля**, но не только) обычно возможно два варианта развития события:

- В соответствии со ст. 24 УПК РФ в возбуждении уголовного дела может быть отказано на основании отсутствия состава преступления.
- Может быть возбуждено уголовное дело по ст. 109 ч.2 УК РФ .

УК РФ Статья 109. ч.2. Причинение смерти по неосторожности

«Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей - наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, **либо лишением свободы на тот же срок (до трех лет) с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового**».

«Ненадлежащее исполнение служебных обязанностей» – что это такое?

Под ненадлежащим исполнением
лицом своих профессиональных
обязанностей понимается совершение
деяний, не отвечающих полностью или
частично официальным требованиям,
предписаниям, правилам, в результате
чего здоровью потерпевшего
причиняется тяжкий вред или
наступает его смерть.

Кто устанавливает официальные требования?

Правила в медицине существуют в виде нормативной документации, изданной в установленном Законом порядке, это: порядки и стандарты оказания медицинской помощи, приказы, методические рекомендации, указания, другие правовые акты.

Уполномоченным органом государственной власти по разработке стандартов является Министерство здравоохранения РФ. Их разработка проводилась и производится в соответствии с требованиями, утвержденными Приказом Минздрава №303 от 03.08.99.

После процедуры официального утверждения (**издание соответствующего приказа**) и его регистрации в Министерстве юстиции, стандарты, приказы, инструкции и др. документы **считаются нормативными, т.е. обязательными к исполнению**, как государственными лечебными учреждениями, так и частными на территории РФ. **Они предусматривают алгоритмы диагностики и лечения заболеваний с указанием кратности назначений услуг, доз лекарств.**

Примечание. Главный врач ЛПУ так же правомочен издавать приказы, указания и др. Главное условие при их издании – они не должны вступать в противоречие с нормативной документацией, изданной вышестоящими органами управления, при наличии такой документации.

Виды ответственности за ненадлежащее исполнение служебных обязанностей

Само по себе ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей должно повлечь за собой *дисциплинарную*, но не уголовную ответственность. Если же тяжкий или средней тяжести вред здоровью больного причинно связан с действием (бездействием) врача или сестры, то эти лица подлежат *уголовной ответственности*, если не доказано, что возникший вред входит в комплекс неизбежных ятрогенных повреждений.

**Что нужно делать, если возбуждено
уголовное дело по ст. 109 ч.2 УК РФ
«Причинение смерти по неосторожности»**

- Необходимо найти адвоката, имеющего опыт работы по делам, связанным с медициной.
- С адвокатом должен быть заключен официальный договор, иначе он не сможет оказать Вам полноценную помощь.
- Помните, что наибольшую ценность для жизни человека представляет свобода и здоровье, а всего этого можно очень быстро лишиться по приговору суда.

Что нужно знать, если возбуждено уголовное дело по ст. 109 ч.2 УК РФ «Причинение смерти по неосторожности»

Для суда нужны доказательства вины. В соответствии со ст. 74.

«Доказательства» УПК РФ, в качестве доказательств допускаются:

- показания подозреваемого, обвиняемого;
- показания потерпевшего, свидетеля;
- заключение и показания эксперта;
- заключение и показания специалиста;
- вещественные доказательства;
- протоколы следственных и судебных действий;
- иные документы.

В рамках возбужденного уголовного дела назначается проведение судебно-медицинской экспертизы (СМЭ). Следователь составляет ряд вопросов, на которые должна дать ответ эксперты, проводящие СМЭ. Краеугольными вопросами следователя обязательно будут вопросы типа: *«Соответствовали осуществленные на следующих этапах оказания медицинской помощи ХХХ диагностика и лечение стандартам оказания медицинской помощи, иным нормативным документам, методическим указаниям и рекомендациям, научным рекомендациям и иным требованиям, являются ли примененные методики научно-обоснованными?»*

В чем принципиальная разница между экспертом и специалистом?

И эксперт и специалист дают подписку о том, что они предупреждены об ответственности за дачу заведомо ложного заключения по ст. 307 УК РФ, но для наших судов по определению заключение эксперта является на порядок выше заключения специалиста. специалист такой подписки не дает.

Ну если с заведомо ложным заключением все более-менее понятно (рискованное мероприятие за отдельную плату), то как быть, если эксперт не «в теме», если у него представления по существующему вопросу на уровне студенческой скамьи, если он не знает прописных истин, а гордыня выше крыши? Ответа нет.

Кто принимает решение о проведении СМЭ

СМЭ назначается следователем, дознавателем или судьей самостоятельно либо по ходатайству любой из сторон процесса.

Виды СМЭ:

1. Выполненная в государственных учреждениях.
2. Независимая СМЭ, выполненная в частных экспертных бюро.

Правовая база проведения судебно-медицинских экспертиз

(так было до 14 сентября 2001)

В приложении 8 к [приказу](#) Минздрава РФ от 10 декабря 1996 г. N 407 ПРАВИЛА ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО МАТЕРИАЛАМ УГОЛОВНЫХ И ГРАЖДАНСКИХ ДЕЛ, в п. 3.15. были четко определены требования к выводам СМЭ:

«3.15. Выводы не должны допускать различного толкования. Их следует излагать ясно, конкретно, избегая медицинской терминологии или объясняя последнюю. **Каждый вывод должен быть мотивирован фактическими данными, в том числе ссылками на нормативные материалы с указанием реквизитов таких документов (выделено С.С.А.).** Справочные и сопоставительные таблицы, фотоиллюстрации, рисунки, схемы, акты, составленные и подписанные экспертами, заключения лабораторных исследований рассматриваются как составная часть "Заключения" и должны быть приложены к нему».

Однако, в соответствии с приказом Минздрава РФ от 14 сентября 2001 г. N 361 настоящие правила признаны утратившими силу.

Действующая правовая база о проведении СМЭ

Федеральный закон от 31 мая 2001 г. N 73-ФЗ

"О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации"

(с изменениями от 30 декабря 2001 г.)

В статье 8. Объективность, всесторонность и полнота исследований, написано:

«Заключение эксперта должно основываться на положениях, **дающих возможность проверить обоснованность** и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных».

Статья 25. Заключение эксперта или комиссии экспертов и его содержание

«В заключении эксперта или комиссии экспертов должны быть отражены:
оценка результатов исследований, **обоснование** и формулировка выводов по поставленным вопросам».

Таким образом, федеральный закон требует чтобы каждый вывод был обоснован.

Пример типичного ответа экспертов

ФГУ Российский центр судебно-медицинской экспертизы
федерального агентства по здравоохранению и социальному
развитию

Заключение эксперта № 190/09

Вопрос. *«Правильной ли были тактика и объем медицинской помощи на каждом из этапов развития аллергической реакции? Какими правовыми актами определяется порядок ее оказания при ранее имеющихся, а также возникшей в период оказания ФИО медицинской помощи патологии?»*

Ответ. 1. *Тактика и объем медицинской помощи ФИО, за исключением позднего проведения трахеостомии, необходимой для устранения препятствий воздушной проходимости была правильной.*

2. *Изучение правовых актов не входит в компетенцию комиссии экспертов.*

**Российский центр судебно-медицинской
экспертизы федерального агентства по
здравоохранению и социальному развитию**
Заключение эксперта №333/09

Вопрос. *Соответствовали осуществленные на следующих этапах оказания медицинской помощи С.И. Н. диагностика и лечение стандартам оказания медицинской помощи, иным нормативным документам, методическим указаниям и рекомендациям, научным рекомендациям и иным требованиям, являются ли примененные методики научно-обоснованными?*

Ответ. Оценка соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам оказания медицинской помощи, иным нормативным документам, методическим указаниям и рекомендациям не входит в компетенцию судебно-медицинской комиссии.

Заключение экспертов № 11\1 от 24.01.2017, выполненное в бюро СМЭ Комитета здравоохранения Курской области

Эксперты должны были оценить правильность оказания медицинской помощи при наличии инородного тела в верхних дыхательных путях и ОДН на этапе скорой помощи

... «дефекты оказания медицинской помощи:

31.2. Допущенными при оказании скорой медицинской помощи по вызову № 206:

а) лечебными:

- не применен прием Хеймлиха, который мог бы позволить удалить инородное тело.
- не приняты меры для профилактики и купирования отёка гортани (не введены фуросемид и преднизолон)» ...

Эти «выводы», как обычно, не имеют ссылок на нормативную документацию. В тоже время, нормативным документом, определяющим стандарт скорой помощи при асфиксии, является [Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. N 1429н "Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при асфиксии"](#).

В разделе 2. *Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением* не предусмотрено использование приема Хеймлиха, стало быть, врача обвиняют в том, что он не выполнил прием, который не должен был выполнять.

В разделе 3. *Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних суточных и курсовых доз* приведен усредненный показатель частоты предоставления лекарственного препарата фуросемид 0,5; а преднизолона 0,3; следовательно, вводить или не вводить данные препараты – решает врач в рабочем порядке. Однако и это расценивается как дефект оказания медицинской помощи, хотя это возможно только в одном случае: когда показатель частоты предоставления лекарственного препарата равен 1 (единица, т.е. 100%), а ЛС не введено.

И чем это все закончилось?

Было возбуждено уголовное дело по ст. 109 ч2 УК РФ, 25 мая 2017 состоялось предварительное слушание под председательством судьи Промышленного районного суда г. Курска Плюхина Владимира Владимировича.

Судья сказал, что он полностью разделяет точку зрения прокуратуры, ему все ясно и никакие другие точки зрения его не интересуют.

Итог: полный отказ в ходатайствах .

Судья отказал в проведении повторной СМЭ, отклонил приобщение к делу материалов клинической конференции, отклонил допрос в качестве свидетеля эксперта со стороны защиты и дело передано на дальнейшее рассмотрение по существу. Ну а что было далее – гадать не надо. Врач был осужден.

Меня в данном деле радует только одно – необычайно высокая эрудиция судьи, знающего на высоком профессиональном уровне все тонкости оказания экстренной помощи на этапе оказания медицинской помощи вне медицинской организации при ОДН.

Приговор

Грохотова Алексея Александровича признать виновным по ч.2 ст. 109 УК РФ и назначить ему наказание в виде 2 лет ограничения свободы, на основании ч. 3 ст. 47 УК РФ с лишением права заниматься врачебной деятельностью сроком на 2 года.

Установить Грохотову А.а. при отбывании наказания в виде ограничения свободы следующие ограничения: не выезжать за пределы территории муниципального образования «город Курск», не изменять место жительства или пребывания без согласия уголовно-исправительной инспекции.

Стало быть...

Получается, что действительно, «Изучение правовых актов не входит в компетенцию комиссии экспертов», а кто должен их изучать и давать оценку действий медицинского работника с позиций нормативной документации – непонятно.

В итоге...

Поиск факта ненадлежащего исполнения служебных обязанностей, который должен базироваться на анализе нормативной документации, при проведении абсолютного большинства СМЭ подменяется анализом способа, а уж здесь непаханое поле для высказывания мнения любого члена СМЭ.

Выводы, как правило, носят безапелляционный характер и они преподносятся как истина в последней инстанции.

Ну а что на эту тему есть
в нормативной
документации?

Приказ № 541н от 23 июля 2010 г.

Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»

Зарегистрировано в Минюсте 25 августа 2010, № 18247

Врач – судебно-медицинский эксперт

Должен знать: *«Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации, определяющие деятельность органов и учреждений государственной судебно-медицинской службы; современные методы судебно-медицинской экспертизы; задачи, организацию, структуру, штаты и оснащение службы судебно-медицинской экспертизы; действующие нормативные и методические документы по судебно-медицинской экспертизе; правила оформления медицинской документации; порядок проведения различных видов судебно-медицинских экспертиз; принципы планирования деятельности и отчетности экспертных подразделений; основы санитарного просвещения; методы и порядок контроля деятельности судебно-медицинских подразделений работниками органов управления здравоохранения; правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности».*

По факту, оказывается что врач – судебно-медицинский эксперт все таки должен знать правовые акты.

Как сами судмедэксперты оценивают работу своих коллег

В кн.: А.М. Лобанов, А.А. Теньков, Е.С. Тучик Судебно-медицинская экспертиза последствий агрессивных действий человека: монография / А.М. Лобанов, А.А.Теньков, Е.С.Тучик - Орел. Издатель Александр Воробьев, 2010. на с. 22 приводится следующая шокирующая информация:

«Нами проведен анализ 25000 заключений судебно-медицинских экспертов Москвы, ряда областей РФ и регионов бывшего СССР. **При этом установлено, что в 96% заключений содержались пункты выводов (от одного до всех), которые не были обоснованы.** Такие «выводы» исключают возможность их проверки, из имеющихся формулировок невозможно понять, почему эксперт считает так, а не иначе. Интересно отметить, что 32% бездоказательных выводов содержали спорные положения, а 11% были ошибочными».

Газета ПРАВДА

Орган ЦК КПСС. 1953 г



Коммунистическая партия Советского Союза

ПРАВДА

Орган Центрального Комитета
Коммунистической партии Советского Союза

№ 12 1953

Вторник, 11 января 1953 года

ЦЕНА 20 КОП.

ПАРТИЯ
ПРОДУКТ
№ 12
Вторник
11 января
1953 года
№ 12
1953
ЦЕНА
20 КОП.

ПОДЛЫЕ ШПИОНЫ И УБИЙЦЫ ПОД МАСКОЙ ПРОФЕССОРОВ-ВРАЧЕЙ

ВНЕШНЕ ПУБЛИКУЮТСЯ ЗЛОДЕИ ТАКОЖЕ И
ТЕ ГРУППЫ ВОЕННЫХ-ПРОДВИЖЕН. Эта тер-
рористическая группа, раскрывая акон-
т в конце войны была арестована и рас-
стреляна. Самолетом, ставшим объек-
том, путем волеизъявления арестован, со-
ветский военный летчик из группы Совет-
ского Союза.

Публикация о том, что были убиты
и среди них были старцы, что они
жизнь и жизни были рабскими и
были владениями и самосамостоя-
тельными под руководством закона и
законности. Риторики и нас все в
Центре это разоблачение закона и
законности и законности и
законности.

13 января 1953 г., в газете «Правда», органе ЦК КПСС, на первой странице была опубликована статья: «Подлые шпионы и убийцы под маской профессоров-врачей» (автор неизвестен). Ведущим в ней было голословное обвинение группы медицинских работников во всех смертных грехах, без какой-либо доказательной базы, или были представлены «доказательства», как было установлено в последующем, полученные под пытками.

4 апреля 1953 г. в газете «Правда» Министерство внутренних дел СССР опубликовано сообщение о проведенной проверке по делу «врачей-вредителей». Было сообщено, что все они были арестованы без каких-либо законных оснований, а показания арестованных, якобы подтверждающие выдвинутые против них обвинения, получены путем применения недопустимых и строжайше запрещенных советскими законами приемов следствия. Все «подлые шпионы и убийцы под маской профессоров-врачей» были реабилитированы, но осадок, как говорится, остался и передается от одного поколения врачей к другому.

После выхода данной статьи прошло 64 года. Что изменилось за эти годы?

Как и 64 года назад, любой журналист, под флагом свободы слова, часто вообще не понимая сути вопроса, не дождавшись решения суда, при каждом удобном случае, может поливать и поливает грязью медицинских работников. И все это происходит совершенно безнаказанно.

Но, прогресс конечно есть. Однозначно можно утверждать, что «применение недопустимых и строжайше запрещенных советскими законами приемов следствия» в настоящее время не используется.

Ну а что с доказательной базой? В данной статье будут представлены только факты из нашей действительности, а выводы пускай самостоятельно делает каждый.

Подлые шпионы и убийцы наших дней

26 декабря 2011 года Железнодорожный городской суд Московской области вынес обвинительный приговор очередному врачу-вредителю. Все до боли знакомо: врач анестезиолог-реаниматолог при проведении катетеризации подключичной вены повредил купол правой плевральной полости и верхушки правого легкого. Все это судом, с подачи СМЭ, было оценено как преступная небрежность, легкомыслие, и т.д. по списку. Врач получил конкретный срок по ст. 118 ч2, несмотря на адекватную защиту в суде (см.: Новости анестезиологии и реаниматологии, №2, 2012, с. 49- 62).

29 апреля 2011 Суд Лиманского районного суда Астраханской области вынес обвинительный приговор по ст. 109 врачу анестезиологу-реаниматологу за постинтубационный разрыв трахеи и назначил ему наказание в виде лишения свободы на срок 01 (один) год 06 (шесть) месяцев, с лишением права занимать должности в медицинских лечебных учреждениях и заниматься медицинской врачебной деятельностью на срок 06 (шесть) месяцев, с отбыванием наказания в колонии - поселении.

И таких примеров можно приводить много.

Как быть в таких случаях?

В УПК РФ от 18.12.2001 N 174-ФЗ имеется Статья 75.

Недопустимые доказательства.

1. Доказательства, полученные с нарушением требований настоящего Кодекса, являются недопустимыми. Недопустимые доказательства не имеют юридической силы и не могут быть положены в основу обвинения, а также использоваться для доказывания любого из обстоятельств, предусмотренных [статьей 73](#) настоящего Кодекса.

2. К недопустимым доказательствам относятся:

- 1) показания подозреваемого, обвиняемого, данные в ходе досудебного производства по уголовному делу в отсутствие защитника, включая случаи отказа от защитника, и не подтвержденные подозреваемым, обвиняемым в суде;
- 2) показания потерпевшего, свидетеля, основанные на догадке, предположении, слухе, а также показания свидетеля, который не может указать источник своей осведомленности;
- 3) иные доказательства, полученные с нарушением требований настоящего Кодекса.

В суде следует добиваться признания представленной СМЭ в качестве недопустимого доказательства, делая упор на то, что она выполнена с нарушением Федерального закона от 31 мая 2001 г. N 73-ФЗ и требовать назначения новой экспертизы.

Особенности гражданской ответственности за профессиональные правонарушения в здравоохранении

Нужно знать, что если к уголовной ответственности может быть привлечено только физическое лицо, либо группа лиц, то к гражданской ответственности может быть привлечено как физическое (например, конкретный медицинский работник), так и юридическое лицо (например, ЛПУ).

Особенности доказательной базы при гражданском делопроизводстве

Статья 67. Оценка доказательств

[\[Гражданский процессуальный кодекс РФ\]](#) [\[Глава 6\]](#) [\[Статья 67\]](#)

1. Суд оценивает доказательства по своему внутреннему убеждению, основанному на всестороннем, полном, объективном и непосредственном исследовании имеющихся в деле доказательств.
2. Никакие доказательства не имеют для суда заранее установленной силы.

Для сравнения

В соответствии со ст. 74. «Доказательства» УПК РФ, в качестве доказательств допускаются:

показания подозреваемого, обвиняемого;

показания потерпевшего, свидетеля;

заключение и показания эксперта;

заключение и показания специалиста;

вещественные доказательства;

протоколы следственных и судебных действий;

иные документы.

2015 год. Промышленный районный суд г. Курска по гражданскому делу по иску Литвинова В.И., Литвиновой З.И. к ОБУЗ «ОКИБ им. Н.А. Семашко»

Суть вопроса. Погибла молодая женщина. Диагноз при поступлении: ОРВИ, двухсторонняя пневмония, беременность 27-28 недель. В последующем этот диагноз был подтвержден и расширен в рамках клинического, а затем и заключительного клинического.

Возбуждено уголовное дело по ст. 109, ч. 2. Причинение смерти по неосторожности УК РФ. Уголовное дело дважды открывалось и дважды закрывалось в связи с отсутствием состава факта преступления. Затем, как обычно бывает в таких случаях, следует иск уже к юридическому лицу - «ОКИБ им. Н.А. Семашко».

На основании решения судьи промышленного районного суда г. Курска, я был привлечен в качестве специалиста для участия в данном гражданском деле.

Мною на 21 странице было подготовлено подробное заключение специалиста, которое было оглашено в суде и присоединено к материалам данного дела.

Мною, со ссылкой на нормативные документы, было показано, что Заключение эксперта 234/14, выполненное в ФГБУ Российский центр судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения РФ, на котором строился иск, является несостоятельным.

Более того, я конкретно указал, что Заключение эксперта 234/14, не соответствует требованиям ст. 8 и ст. 25 ФЗ N 73, т.к. ни один вывод не подтвержден ссылками на нормативную документацию. Это факт, который невозможно оспорить. Я высказал свое мнение, что, т.к. данная СМЭ противоречит вышеуказанным статьям ФЗ N 73, то, согласно ст. 75 УПК РФ данную экспертизу следует признать в качестве недопустимого доказательства и назначить проведение новой СМЭ.

Судья со мной и представителем администрации согласилась и было принято решение о проведении новой СМЭ.

Однако, через две недели судья вынесла обвинительный приговор. Была подана апелляция.

Курский областной суд
Апелляционное определение

16 июля 2015

судья Гладкова Ю.В.

Апелляционное определение утверждает решение суда первой инстанции. Цитата из данного определения: **«мнение специалиста Сумина С. А., на которое ссылается ответчик в апелляционной жалобе, не является экспертным заключением и доказательством, на котором может основываться решение суда».**

Такое решение вызывает, как минимум два вопроса.

1. Как быть со ст. 67. ГПК, где нет ни слова о том, что какие-либо заключения для суда являются экспертным заключением и доказательством, а какие нет. Более того, в данной статье написано, что решение суд должен основывать на своем внутреннем убеждении, но никак на «экспертных заключениях и доказательствах».

2. Если мнение специалиста (вообще то не мнение, а заключение) «не является экспертным заключением и доказательством, на котором может основываться решение суда», то зачем устраивать балаган с привлечением специалистов?

Нам, простым смертным, видимо это понять не дано.

**Так что, да здравствует наш суд, самый
гуманный в мире!**



А почему осуждают заведомо невиновных врачей?

(мое личное мнение)

Я верю в то, что эксперты не знают и не хотят знать нормативную документацию, регламентирующую порядок проведения СМЭ (ФЗ "О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ») требующий чтобы выводы эксперта были обоснованными и дающие возможность проверить их обоснованность и достоверность. Этому есть документальное подтверждение в Заключении эксперта № 190/09: «Изучение правовых актов не входит в компетенцию комиссии экспертов» (ФГУ Российский центр судебно-медицинской экспертизы федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию).

Я не верю в то, что судьи не знают требований данного закона, но сплошь и рядом выносят необоснованные и незаконные приговоры.

Почему? Медицинские работники, как правило, представляют собой беззащитную и бедную прослойку, не имеющую ни денег, ни связей, ни социальной защиты. На них наше правосудие показывает все свое «беспристрастие и объективность». Да, и видимо, «план по посадкам» нужно выполнять. Во всяком случае, я не знаю ни одного уголовного дела, возбужденного против врачей анестезиологов-реаниматологов по ст. 109 и 118 УК РФ, чтобы было справедливое решение.

В суде происходит смещение понятий и судят не за факт ненадлежащего исполнения служебных обязанностей, а **за случайное нанесение вреда больному при выполнении терапевтических и хирургических вмешательств (Код МКБ: Y60-Y69),** входящее в юридическое понятие: обоснованный риск.

А судьи кто?

17.02.2011 **Судебный департамент при Верховном суде РФ** впервые с начала реализации федеральной целевой программы (ФЦП) "Развитие судебной системы России", в которой в качестве индикаторов успешности имеются показатели доверия граждан к судам, **огласил результаты опроса общественного мнения** на этот счет.

Исследование, проведенное "Левада-центром", показало такие результаты: **безоговорочно доверяют судам лишь 8% россиян**, еще 45% скорее доверяют, чем нет. Тех, у кого суды **не вызывают никого доверия** оказалось **43%** опрошенных, а еще 5% респондентов затруднились ответить на вопрос. Это данные на конец 2010 года.

Более таких исследований, насколько мне известно, видимо по просьбе трудящихся, не проводилось.

2017 год - Исследование, проведенное "Левада-центром", показало такие результаты: только **18% россиян считают, что все равны перед законом**.

О прокуратуре Российской Федерации (в редакции Федерального закона от 17 ноября 1995 года N 168-ФЗ) (с изменениями на 7 марта 2017 года)

Статья 1. Прокуратура Российской Федерации

1. Прокуратура Российской Федерации - единая федеральная централизованная система органов, осуществляющих от имени Российской Федерации надзор за соблюдением Конституции Российской Федерации и исполнением законов, действующих на территории Российской Федерации (абзац в редакции, введенной в действие с 17 февраля 1999 года Федеральным законом от 10 февраля 1999 года N 31-ФЗ).

Примечание. Критерий эффективности работы прокуратуры и следственного комитета – возбужденное уголовное дело должно дойти до суда, тогда оно закончено. Если же было возбуждено и закрыто – плохо работали.

Информированное добровольное согласие на оказание медицинской услуги

11.12.001 «Катетеризация подключичной и других центральных вен»

На основании ст. 20. ФЗ 323, у пациента получено информированное добровольное согласие на оказание медицинской услуги «11.12.001 Катетеризация подключичной и других центральных вен».

В момент получения данного согласия количественных и качественных нарушений сознания у пациента не отмечается.

Пациенту в доступной форме предоставлена полная информация о целях, методах оказания данного вида медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Протокол катетеризации подключичной и других центральных вен (медицинская услуга класса А 11.12.001)

1)

1. ФИО пациента _____
 4. Медицинская карта № _____
 5. Название отделения _____
 6. Дата, время: число ____ месяц _____ год ____ время ____
 7. Длительность операции: _____
 8. Операция: экстренная – 1; плановая – 2
 9. Показания к операции: плохая выраженность периферических вен – 1; необходимость длительной инфузионной терапии – 2; динамический контроль ЦВД – 3; парентеральное питание – 4; экстракорпоральные методы лечения – 5; замена катетера – 6.
 10. Место проведения операции: операционная – 1; отделение (палата) анестезиологии-реанимации – 2; отделение (палата) интенсивной терапии – 3; другое место _____
 11. В асептических условиях, под местной анестезией _____, общим обезболиванием _____, произведена пункция с последующей катетеризацией **магистрального венозного сосуда способом Сельдингера**: внутренняя яремная вена правая – 1; внутренняя яремная вена левая – 2; наружная яремная вена правая – 3; наружная яремная вена левая – 4; подключичная вена правая – 5; подключичная вена левая – 6; бедренная вена правая – 7; бедренная вена левая – 8 (доступ надключичный, подключичный).
 12. Пункция произведена с ____ попытки, диаметр катетера ____ мм.
 13. Технические трудности во время выполнения операции катетеризации вены:

 15. ЦВД _____ мм водного столба.
 16. Катетер фиксирован лигатурой, лейкопластырем, другим способом _____.
 17. Асептическая повязка наложена: да – 1; нет – 2.
 18. Интравенозное положение катетера верифицировано через _____ (указать время) при контроле: свободным обратным током крови - 1, рентгенологическим – 2; УЗИ – 3.
 19. Инфузионно-трансфузионная терапия: начата – 1; продолжена – 2
- ФИО врача анестезиолога-реаниматолога _____ подпись _____
20. Катетер удален: число ____ месяц _____ год ____ время ____
 21. Асептическая повязка наложена: да -1; нет -2
 22. Осложнения во время использования катетера: не отмечались – 1; отмечались – 2
 23. Отмеченные осложнения в виде _____ требовали дополнительных лечебных мероприятий (перечислить):

ФИО врача анестезиолога-реаниматолога _____ подпись _____

Примечание. При наличии нескольких вариантов ответов, нужный подчеркнуть.



**Предупреждён -
значит
вооружён!**

**Благодарю
за внимание**

