

## КРИМИНАЛИСТИКА

УДК 343.98

*В. Д. Пристансков*

### МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННОЙ СВЯЗИ ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ НЕОСТОРОЖНЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ, СОВЕРШАЕМЫХ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ

Судебно-следственная практика свидетельствует о том, что при расследовании ятрогенных преступлений значительные трудности представляет установление причинной связи между деянием медика и наступившими последствиями. В работе рассматривается криминалистический аспект выявления механизма ятрогенного посягательства и исследования причинно-следственных отношений между факторами, обуславливающими наступление неблагоприятного исхода оказанной медицинской помощи, на основе поэлементно-факторного анализа всех обстоятельств события ятрогенного преступления. Механизм развития ятрогенного процесса, включающий в себя такие элементы, как нарушение правил оказания медицинской помощи, повлекшее ятрогенный дефект, и ятрогенная, обусловившая непосредственную причину наступления неблагоприятного исхода оказанной медицинской помощи, не имеет самостоятельного уголовно-правового характера, но имеет вспомогательное значение для определения причинно-следственной связи между деянием медика и общественно опасными последствиями в виде причинения смерти или вреда здоровью пациента. Библиогр. 9 назв.

*Ключевые слова:* преступления, совершаемые медицинскими работниками вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей, ятрогенные преступления, криминалистический аспект установления причинно-следственной связи по делам о ятрогенных преступлениях, механизм ятрогенного посягательства.

*V. Pristanskov*

#### METHODOLOGICAL PROBLEMS IN ESTABLISHING A CAUSAL RELATIONSHIP WHEN INVESTIGATING RASH OF CRIMES COMMITTED BY MEDICAL PERSONAL

Judicial and investigative practice shows that identification of causal relations between acts of medical personnel and consequences is a complicated problem. The criminalistics aspect of identification of iatrogenic offense mechanism and causation are characterized in terms of on elementwise and factor analysis of all circumstances of the iatrogenic crime event. The mechanism of iatrogenic process includes items: a violation of the rules of medical care, an iatrogenic defect, Iatrogenesis and its immediate cause of the occurrence. The items have no independent meanings for criminal law, but they are important elements in determining a cause-effect relationship between a medical act and socially dangerous consequences in the form of causing death or injury to health of the patient. Refs 9.

*Keywords:* iatrogenic crimes, criminalistics aspect, identification of iatrogenic offense's causation, mechanism of iatrogenic offense.

---

*Пристансков Владимир Дмитриевич* — кандидат юридических наук, доцент, Санкт-Петербургский государственный университет, Российская Федерация, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9; [vdpristanskov@mail.ru](mailto:vdpristanskov@mail.ru)

*Pristanskov Vladimir D.* — Candidate of Law Science, Associate Professor, St. Petersburg State University, 7/9, Universitetskaya nab., St. Petersburg, 199034, Russian Federation; [vdpristanskov@mail.ru](mailto:vdpristanskov@mail.ru)

Современный этап развития медицины характеризуется резким увеличением патологии лечения и диагностики. Исследования, посвященные проблемам качества оказания медицинской помощи, свидетельствуют о неуклонном росте осложнений диагностики и лечения и об увеличении заболеваний, развитие которых обусловлено дефектами оказанной медицинской помощи (МП) и их последствиями — ятрогенными (от греч. *iatros* — ‘врач’ и *gennes* — ‘порождаемый’).

Причиной ятрогенных дефектов оказания МП часто являются субъективные факторы, порождаемые небрежностью или легкомыслием медицинских работников вследствие ненадлежащего исполнения ими своих профессиональных обязанностей. Преступные посягательства медиков на здоровье и жизнь пациентов с учетом специфики субъекта (медика) и профессиональной (медицинской) деятельности, в сфере которой они совершаются, получили криминалистическое определение «ятрогенные преступления».

Судебно-следственная практика свидетельствует о том, что обоснованная и объективная юридическая оценка качества оказания медицинской помощи, имевшей неблагоприятный исход, фактически по всем уголовным делам о ятрогенных преступлениях представляет значительные трудности, которые объясняются ретроспективным характером оценки состояния здоровья пострадавшего пациента; сложностью оценки индивидуальной реакции его организма на проводимое лечение, а также своевременностью, полнотой и эффективностью оказанной МП.

Наиболее сложной задачей является установление причинной связи между деянием медика и наступившими последствиями. Для этого следует руководствоваться общими положениями теории причинной связи, но учитывать специфику состава преступления и, прежде всего, форму вины субъекта. Исходя из данного положения, как нам представляется, при установлении причинно-следственной связи как элемента объективной стороны неосторожного преступного ятрогенного деяния следует принимать во внимание следующие аналитические выводы:

— причинная связь устанавливается между неблагоприятным исходом медицинской помощи и не только конкретными действиями медика, но и действиями различных явлений, процессов (например, ятрогенных дефектов, ятрогенных процессов, патологического процесса основного заболевания), развитие которых стало возможным вследствие небрежного или легкомысленного отношения медика к исполнению своих профессиональных обязанностей. Например, допущенное врачом нарушение правил оказания МП влечет развитие ятрогенного процесса: ятрогенный дефект, непосредственная причина неблагоприятного исхода — один вариант, или ятрогенный дефект, ятрогения, непосредственная причина неблагоприятного исхода — второй вариант. При назначении непоказанного или противопоказанного лечения патологический процесс основного заболевания будет сохранять свою динамику и обусловит наступление неблагоприятного исхода;

— действия медика находятся в причинной связи с неблагоприятным исходом, если они для его наступления явились необходимым условием, которое врач мог не допустить при надлежащем исполнении своих профессиональных обязанностей. Например, врач скорой помощи по вызову приезжает по адресу, осматривает ребенка, жалующегося на боль в животе, которая началась после его падения с дерева, делает ему обезболивающий укол, дает рекомендации родителям относительно

приема лекарств, снимающих болевые приступы, и уезжает. После отъезда врача ребенок через два часа умирает, на секции обнаружен разрыв селезенки. Ребенка с «острым животом», т. е. с болевым приступом, возникшим после травмы, врач обязан был доставить в больницу для обследования и динамического наблюдения, так как в любой момент его состояние могло резко ухудшиться и ему могла потребоваться хирургическая помощь;

— действия медика, будучи необходимым условием наступления неблагоприятного исхода МП, находятся в причинной связи с ним только в тех случаях, когда он был обусловлен ненадлежащим оказанием МП, а не явился следствием действия обстоятельств, лишь внешне связанных с процессом оказания медицинской помощи.

Оказание МП по жизненным показаниям не всегда позволяет врачам с учетом дефицита времени осуществить врачебный процесс в строгом соответствии с правилами, его регламентирующими; в таких случаях отсутствие объективной возможности в полном объеме провести диагностику может обусловить выбор противопоказанного препарата, который может спровоцировать развитие непосредственной причины смерти. Речь идет о действиях врача в состоянии крайней необходимости (ст. 39 УК РФ). В таком же аспекте можно говорить об обоснованном риске (ст. 41 УК РФ) и невиновном причинении вреда (ст. 28 УК РФ).

Часто следователи и суд, отказываясь от своей компетентности, перекладывают бремя установления причинной связи между действиями медика и наступившими неблагоприятными последствиями на судебных экспертов, ставя перед ними вопрос, имеется ли прямая причинно-следственная связь между действиями медицинского работника и наступившими неблагоприятными последствиями оказанной МП. И только в последнее время отдельные судебные медики-эксперты отказываются отвечать на этот вопрос, указывая, что установление причинно-следственной связи между деянием врача и наступившим неблагоприятным исходом оказанной МП находится в исключительной компетенции юристов.

По мнению ряда авторов, которое мы разделяем, причинная связь определяется тем, что «действия (бездействие) в момент их совершения должны создавать реальную возможность наступления смерти» [1].

При решении вопроса о наличии причинной связи по делам о ятрогенных преступлениях следует учитывать наличие причинно-следственных отношений между неблагоприятным исходом МП и ятрогенным дефектом, ятрогией, развитие которых стало возможным в результате неадекватных действий медика по оказанию МП потерпевшему вследствие нарушения им правил оказания МП. Указанные криминалистически значимые отношения образуют механизм ятрогенного процесса, который не имеет самостоятельного уголовно-правового характера, «а имеет лишь вспомогательное значение для определения в конечном итоге причинной связи между деянием виновного и наступившей смертью» [2, с. 241].

Перед тем как рассмотреть подходы отдельных ученых к определению характера и содержания причинно-следственной связи как элемента объективной стороны состава преступления, отметим, что разделяем полностью концепцию, согласно которой «причинная связь как объективная, не зависящая от воли и сознания человека категория не может быть ни прямой, ни какой-либо иной — она или есть, или ее нет» [2, с. 268].

Некоторые авторы признают причинную связь между противоправным действием лица и общественно опасным последствием (смертью потерпевшего) в тех случаях, когда летальный исход является непосредственным результатом этого действия. Так, Н. Б. Опарин пишет: «...лишь наличие прямой (непосредственной) связи между причиной и условиями наступившего результата может служить основанием для уголовной ответственности» [3, с. 20]. По нашему мнению, нельзя признать такое утверждение бесспорным и достаточно убедительным, поскольку причинная связь обусловлена причинно-следственными отношениями факторов процесса (механизма посягательства), приведшего к наступлению общественно опасного результата. Указанные отношения между факторами механизма посягательства могут быть не только прямыми и непосредственными, но и прямыми и опосредованными, а также симметричными или несимметричными.

Остановимся на краткой характеристике понятий «симметричная причинная связь» и «несимметричная причинная связь».

Симметричная причинная связь позволяет перейти от исхода (результата) к причине, и причина исхода всегда однозначна.

Несимметричная причинная связь не позволяет перейти к первичному результату (причине) от последующего результата (исхода). Влияет еще один какой-то фактор или несколько каких-то факторов, что предполагает необходимость установить степень этого влияния на развитие исследуемого результата (исхода): является ли оно существенным или нет, т. е. мог ли быть тот же результат (по количественным и качественным показателям) или нет:

а) при наличии одного фактора; если да, то какого именно, в чем конкретно выразилось его влияние; объективной или субъективной причиной или их совокупностью он порожден, и какова сущность причины (причин);

б) при наличии нескольких факторов; если да, то каких именно, в каком сочетании и в какой последовательности их возникновения; в чем конкретно выразилось влияние указанных факторов на развитие неблагоприятного исхода; что конкретно (деяние, явление) явилось причиной возникновения каждого из них, каков характер (объективный или субъективный) установленных причин;

в) при наличии каких-то признаков (свойств, отношений) указанных факторов; если да, то: при наличии каких именно признаков указанных факторов; возникли ли выявленные признаки указанных факторов по объективной или субъективной причине; имели ли они значение при определенном их сочетании или при определенной последовательности их появления.

Рассмотрим в качестве примера определения содержания причинно-следственной связи на основе установленных причинно-следственных отношений факторов, детерминировавших неблагоприятный исход МП, следующий ятрогенный случай.

*Больной А., 17 лет была оказана противопоказанная экстренная медицинская помощь: консервативная терапия предсердной тахикардии с применением препарата «финоптин». Согласно внутриведомственному стандарту по оказанию неотложной МП больным с нарушением ритма при впервые возникших пароксизмах узловой тахикардии финоптин противопоказан. Механизм действия финоптина заключается в активации дополнительных путей проведения и трансформации предсердной тахикардии, обуславливающих многофокусную фибрилляцию желудочков, ведущую к смерти. Больная погибла в ходе оказания ей МП.*

Применяя медико-криминалистические критерии анализа причинно-следственных отношений между факторами, обусловившими наступление смерти больной, рассмотрим характер причинно-следственной связи между действиями врача и смертью пациентки.

Врач допустил нарушение внутриведомственного стандарта по оказанию неотложной МП больным с нарушением ритма в части лечения впервые возникших пароксизмов узловой тахикардии. В результате противопоказанного лечения возникло функциональное расстройство проводящей системы сердца на фоне его врожденной патологии, что обусловило развитие многофокусной фибрилляции желудочков сердца.

Непосредственной причиной неблагоприятного исхода явилась острая сердечная недостаточность (тахисистолический коллапс).

Причинно-следственная связь заключается в том, что было допущено нарушение требований внутриведомственного стандарта, выразившееся в назначении противопоказанного лекарственного препарата (финоптина) больной с нарушениями ритма сердца, что повлекло функциональное расстройство деятельности сердца (многофокусной фибрилляции желудочков), обусловившее смерть пациентки. Анализ причинно-следственных отношений между факторами ятрогенного процесса позволяет выделить признаки причинной связи, составляющие ее содержание.

В рассмотренном случае анализ причинно-следственных отношений (причинной связи) между факторами ятрогенного процесса позволяет определить содержание *причинной связи* между действиями врача и их последствиями. Причинная связь между факторами, обусловившими неблагоприятный исход МП, характеризуется тремя важными признаками: *прямая, опосредованная, несимметричная*; они составляют сущность элемента объективной стороны преступления — причинно-следственной связи между деянием и его последствием.

Тот факт, что *причинно-следственные отношения прямые*, объясняется тем, что был введен противопоказанный препарат, который спровоцировал развитие ятрогенного процесса, обусловившего непосредственную причину смерти.

*Опосредованность причинной связи* факторов ятрогенного процесса заключается в том, что фоном для развития непосредственной причины смерти была врожденная патология сердца. По этому признаку пациентка относилась к группе риска, и врач обязан был его учитывать при выборе тактики и методики лечения.

*Несимметричность причинной связи* заключается в том, что введение финоптина обусловило возникновение ятрогенного осложнения — фибрилляции желудочков сердца, но и без введения финоптина естественное развитие патологии могло также привести к фибрилляции желудочков сердца.

Механизм причинно-следственной связи может быть простым и сложным. Сложный механизм характерен для каскадного ятрогенного процесса, когда ятрогенного (симптом, синдром), обусловленная ятрогенным дефектом, становится причиной развития последующих ятрогенных процессов (осложнений, заболеваний) [4, с. 134].

Для иллюстрации этого вывода рассмотрим ятрогенное событие, для которого характерна сложная по своей структуре причинно-следственная связь между ненадлежащими действиями медицинских работников, совершенными с нарушением правил оказания МП, и наступившим последствием — смертью пациентки.

Больная А., 54 лет поступила в терапевтическую клинику для решения вопроса о перспективах хирургического лечения аортального порока. О пороке сердца знала с детских лет. В лечебных профилактических учреждениях не наблюдалась, с физической нагрузкой справлялась, дважды рожала. За год до поступления в клинику появилась одышка, которая прогрессировала, явилась поводом для обследования больной. В клинике диагностирован врожденный аортальный порок сердца: двухстворчатый аортальный клапан с кальцинозом (кальций в теле клапана и кольце клапана) и доминирующей регургитацией (возврат крови из аорты в левый желудочек во время его диастолы — расслабления). Были сформулированы абсолютные показания к имплантации (замене) клапана, которая и была выполнена (протез МЭДИНЖ-29 — искусственный протез с диаметром кольца 29 мм). Операция прошла без осложнений, послеоперационный период протекал гладко: больная была экстубирована через 8 часов после операции, поддержки инотропными средствами (усиливающими силу сердечных сокращений) и вазодилататорами (сосудорасширяющие препараты) не требовалось.

На 5-е сутки после операции у больной возникла гектическая лихорадка (размах между утренней температурой и вечерней превышает 1 градус) с ознобами и профузными потами (потливость в течение всей ночи). Начата терапия цефамизилом восемь грамм в сутки внутривенно и гентамицином 240 мг внутримышечно в сутки. На 12-е сутки после операции больная была переведена в терапевтическую клинику, где продолжала лихорадить. При гистологическом исследовании клапана, извлеченного при операции протезирования, — двухстворчатого аортального клапана с признаками кальциноза и перенесенного в прошлом инфекционного эндокардита — инфекции на клапане: выявлены зрелые вегетации (новообразования на месте внедрения микробов в ткань клапана) на створках клапана. Посевы с клапана не выполнялись. Больная продолжала высоко лихорадить (до 39,8 градуса Цельсия), несмотря на интенсивную антибактериальную терапию. Многократные посевы крови дали отрицательный результат, посевы крови на грибковую флору и поиски грибкового антигена не проводились. Через месяц после операции появилась параклапанная недостаточность — дополнительное отверстие в месте имплантации протеза. Был поставлен вопрос о повторном протезировании клапана, выполнено трансэзофагальное эхокардиографическое исследование (введение датчика в пищевод): признаков текущего инфекционного процесса обнаружено не было. Состояние больной продолжало прогрессивно ухудшаться: нарастали признаки интоксикации и левожелудочковой недостаточности. При повторном кардиографическом исследовании (трансэзофагальном), выполненном через 5 суток после первого, обнаружены инфицированная параклапанная фистула (отверстие) и расширение восходящего отдела (аневризма) аорты. Больная была срочно взята на операцию с попыткой реимплантации клапана и восходящего отдела аорты. На операции обнаружено массивное инфицирование указанных областей. Больная погибла во время операции от острой сердечной недостаточности. На вскрытии выявлено грибковое поражение восходящей аорты, париетального эндокарда (выстилающего желудочек), операционного поля и митрального клапана. При гистологическом исследовании обнаружены споры грибка — аспергиллы (грибок с длинными белыми нитями, растущий на стенах плохо вентилируемых помещений). Заражение грибом могло произойти только во время операции (интраоперационная фунгемия). В послеоперационном периоде больная

не получала противогрибковой терапии, что не снизило вероятности прогрессирования послеоперационного осложнения, послужившего непосредственной причиной смерти. Танатологическая картина была представлена ятрогенной патологией — грибковым эндокардитом протезированного клапана с развитием прогрессирующей параклапанной фистулой и микотической (грибковой) аневризмой аорты. Причиной ятрогенной патологии, приведшей к смерти больной, было интраоперационное заражение грибом «аспергилла специальная». Наличие двухстворчатого аортального клапана и перенесенного в прошлом инфекционного эндокардита рассматривается как фоновая патология, повысившая вероятность возникновения и прогрессирования ятрогенной патологии. Отсутствие адекватной терапии явилось фактором, не снизившим риск развития смертельных осложнений.

Поэлементно-факторный анализ позволяет установить структурные факторы, детерминировавшие наступление летального исхода.

Субъекты — старшая операционная сестра, заведующий операционным блоком — руководитель отдела кардиохирургии, лечащий врач, руководитель кардиотерапевтической клиники.

Жертва — имела врожденный порок сердца, осложненный инфекционным эндокардитом, относилась к группе высокого риска гнойно-септических осложнений вследствие выраженных нарушений в иммунной системе. Данная симптоматика была отражена в истории болезни.

Врачебный процесс — выполнена операция по поводу имплантации (замене) клапана (протез МЭДИНЖ-29 — искусственный протез с диаметром кольца 29 мм).

Через месяц после операции у больной появилась параклапанная недостаточность — дополнительное отверстие в месте имплантации протеза. Была выполнена повторная операция с попыткой реимплантации клапана и восходящего отдела аорты.

Нарушение правил оказания МП — отсутствие вентиляции в операционной и непроведение бактериологического и грибкового контроля воздуха в неventилируемой операционной перед проведением операции. Установлено, что перед проведением указанной больной операции в течение 2 дней в операционной отсутствовала система вентиляции воздуха, посевы на бактериальную и грибковую флору не выполнялись.

В послеоперационный период — отсутствие обязательной диагностики грибковой инфекции наряду с бактериальной и неназначение пациентке адекватной терапии (антигрибковой). Противогрибковый контроль должен проводиться на седьмые сутки после неэффективной антибактериальной терапии.

Ятрогенный дефект — заражение грибом «аспергилла специальная».

Ятрогенная — инфекционный эндокардит протезированного клапана. Инфицирование грибом всех структур сердца, ослабленного предшествующей болезнью и операцией. Нити грибка проросли в клапанную «оплетку», аорту, миокард и митральный клапан.

Неблагоприятный исход оказанной медицинской помощи — смерть пациентки.

Непосредственная причина смерти — сердечная недостаточность инфицированного миокарда.

С учетом разных субъектов, ненадлежащим образом исполнивших свои профессиональные обязанности при оказании МП потерпевшей, причинно-следственная связь имеет двухэтапную динамику развития:

— *причинная связь* на стадии заражения пациентки грибом между допущенным нарушением правил оказания МП, ятрогенным дефектом и ятрогенией — *прямая, непосредственная и симметричная*.

В результате отсутствия бактериологического контроля за состоянием воздуха и стен в операционной операция была проведена в условиях нарушенных санитарных норм и отсутствующей вентиляции, что привело при проведении операции к попаданию в рану грибковой инфекции (интраоперационная фунгемиа) — аспергиллы специальной;

— *причинно-следственная связь* между допущенным лечащим врачом нарушением правил оказания МП больному с гнойно-септическим послеоперационным осложнением и наступившей смертью *прямая, опосредованная и несимметричная*.

В послеоперационный период отсутствовала адекватная диагностика грибковой инфекции, а именно: у лихорадившей больной, которая получала длительное время антибактериальную терапию широкого спектра действия в больших дозах и у которой наблюдались признаки «неконтролируемой инфекции» (сохранение лихорадки на 8-е сутки от начала антибактериальной полихимиотерапии), не были взяты пробы крови на грибковые среды и не был осуществлен поиск грибкового антигена в крови. Это исследование должно проводиться на 7-е сутки от начала антибактериальной терапии. Несмотря на наличие симптомов быстрого прогрессирования гнойно-септического осложнения, не был осуществлен обязательный в таких случаях комплекс дифференциально-диагностических мероприятий, вследствие чего не был поставлен диагноз грибкового заражения, и поэтому не была проведена необходимая антигрибковая терапия, что привело к прогрессированию грибкового процесса в сердце и восходящей аорте, повлекшему развитие ятрогенного заболевания — инфекционного эндокардита протезированного клапана. Последний обусловил несовместимое с жизнью разрушение оплетки протеза, в результате чего произошло отхождение кольца протеза от фиброзного кольца клапана и сформировалась параклапанная фистула, по краям которой произошло вторичное инфицирование грибом. Это повлекло тяжелые гемодинамические расстройства: вследствие грибкового заражения аорты произошло ее расширение в области крепления аортальных клапанов, что повлекло возврат всего объема крови, поступившей в аорту, в левый желудочек и развитие его острой диастолической перегрузки, приведшей к остановке сердца — острой сердечной недостаточности [4, с. 216–220].

Определение содержания (механизма) причинной связи между действием медика и наступившим последствием имеет важное криминалистическое значение, так как позволяет установить субъекта и степень его виновности путем проведения криминалистического анализа ятрогенного процесса с целью выяснения его характера (компенсаторный, субкомпенсаторный, декомпенсаторный) и динамики развития [4, с. 135].

Причинная связь является категорией исключительно объективной. Она не зависит от психического отношения субъекта к совершенному им деянию и его последствию. Но при квалификации преступного деяния следует учитывать, «каким образом объективно существующая причинная связь отражается в субъективном восприятии виновного лица» [2, с. 249].

Действия субъекта могут не находиться в объективной причинной связи с непосредственной причиной наступления неблагоприятного исхода. Однако исход

может находиться в причинной связи с комплексом действий или их отсутствием, обусловленных, например, ненадлежащим исполнением субъектом своих профессиональных обязанностей.

*Так, дежурный фельдшер О. отделения скорой медицинской помощи (ОСМП) Кировской центральной районной больницы (ЦРБ), прибыв по вызову, обнаружил в ванной комнате гр-на М., совершившего попытку суицида. В нарушение Инструкции по определению критериев и порядка определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий, утвержденной приказом МЗ РФ № 73 от 4 марта 2003 г., и должностной инструкции фельдшера выездной бригады ОСМП, не произвел осмотра пациента, визуально оценил его состояние, характер резаных ран и, проявив преступную самонадеянность, необоснованно констатировал смерть М. Прибывший на место происшествия дознаватель ОВД Кировского района во время осмотра обнаружил, что гр-н М. жив. Прибывший повторно фельдшер О. доставил гр-на М. в больницу. При первичном посещении фельдшер О. не осмотрел пациента и необоснованно констатировал смерть, при вторичном — не осуществил инфузионную терапию для восполнения утраченного объема крови. В выводах СМЭ отмечено, что ненадлежащее исполнение фельдшером О. своих профессиональных обязанностей по оказанию МП гр-ну М. «крайне неблагоприятно повлияло на исход травмы». В случае оказания фельдшером О. своевременной адекватной медицинской помощи при первичном осмотре пациента его жизнь могла быть спасена. Эксперты, отметив наличие причинной связи между имевшими место телесными повреждениями, которые гр-н М нанес себе сам, и непосредственной причиной его смерти, указали, что «состояние М. на момент его обнаружения требовало срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара. При первичном посещении 13 февраля 2005 г. в 05:15 фельдшер скорой помощи О. должен был провести подробный осмотр М., установить тяжесть состояния здоровья его, оказать на месте экстренную медицинскую помощь и срочно госпитализировать» [5].*

По данному уголовному делу судмедэксперты, не вторгаясь в прерогативу следственных органов по установлению причинно-следственной связи между деянием медика и наступившей смертью пациента, являющейся элементом объективной стороны преступного деяния, указали в выводах экспертного заключения наличие причинной связи между факторами, детерминировавшими смерть потерпевшего, и допущенными фельдшером нарушениями профессиональных обязанностей по оказанию МП. Такая корректность со стороны судебных медиков относительно характера причинно-следственной связи является, к сожалению, пока еще исключением из общего правила. В данном деле это было обусловлено правильной постановкой вопросов перед экспертами — следователь не поставил перед ними вопроса, как это делается по большинству уголовных дел о ятрогенных преступлениях, о том, имеется ли прямая причинно-следственная связь между действиями врача и неблагоприятным исходом оказанной МП. Часто судмедэксперты в выводах экспертного заключения указывают отсутствие прямой причинно-следственной связи между небрежными, самонадеянными действиями медика и неблагоприятным исходом оказанной МП, даже если перед ними такой вопрос не ставится; преследуя корпоративные интересы, они, таким образом, пытаются оказать воздействие на следствие с целью предрешиения результатов предварительного следствия — прекращения уголовного преследования в отношении врача, оказавшего

неадекватную МП вследствие небрежного или легкомысленного отношения к своим обязанностям.

Для определения причинной связи по делам о ятрогенных преступлениях важно выяснить вопрос, какие профессиональные действия должен был выполнить медработник, чтобы оказать пациенту адекватную медицинскую помощь.

Часто процесс оказания неадекватной МП связан с бездействием медика. Ученые-юристы по-разному отвечают на вопрос о возможности убийства путем бездействия. Это вопрос, который продолжает оставаться спорным и в науке, и на практике. Распространено мнение, что убийство совершается только в результате активного действия, «нарушающего функции или анатомическую целостность жизненно важных органов» [2, 250]. На обоснование этой позиции направлены многие теоретические разработки, утверждающие, что «убийство путем бездействия невозможно» [2, с. 249].

В. Б. Малинин считает, что «при активном действии природа совершаемого преступления такова, что человек сам создает условия для причинения смерти и активно их использует своими действиями либо развивает создавшиеся помимо его воли условия» [2, с. 250]. По нашему мнению, такова природа и действий врача, ухудшающих состояние больного. Назначив больному противопоказанное лечение, врач развивает создавшиеся помимо его воли условия течения болезни, усугубляет процесс ее развития, тем самым ухудшает состояние здоровья больного и ускоряет наступление неблагоприятного исхода.

Процесс развития патологии — это условие, создавшееся помимо воли врача. Его устранение путем адекватного воздействия на него является профессиональной обязанностью и профессиональным долгом врача.

Рассмотрим несколько ситуаций неадекватного оказания МП.

Первая ситуация: врач назначает непоказанное или противопоказанное лечение. Если будет при этом установлено, что врач нарушил правила оказания МП, что обусловило ятрогенный дефект, повлекший жизненно опасные осложнения (ятрогению), то врач проявил таким образом преступную небрежность или преступное легкомыслие, а именно:

— назначив больному непоказанное лечение и не контролируя его результативность, врач фактически лишил его возможности получить МП, необходимую для восстановления здоровья или сохранения жизни, нарушив тем самым его конституционные права (на жизнь и охрану здоровья). Действуя в системе здравоохранения, врач, ненадлежащим образом исполнивший свои профессиональные обязанности по оказанию МП, не принял необходимые меры к предотвращению наступления неблагоприятного исхода и таким образом совершил посягательство на жизнь или здоровье человека;

— назначив противопоказанное лечение, врач усугубляет создавшиеся помимо его воли условия течения болезни, ускоряет процесс развития болезни, тем самым фактически ухудшает состояние здоровья больного и повышает риск наступления неблагоприятного исхода. Если эта ситуация воздействием на нее извне, т. е. путем вмешательства в ход врачебного процесса лиц, контролирующих качество МП, не изменяется, то врач, ненадлежащим образом исполнивший свои профессиональные обязанности, причиняет по неосторожности вследствие преступной небрежности или преступного легкомыслия вред здоровью либо смерти человеку.

Вторая ситуация: неоказание своевременно показанной МП пациенту. Дежурный врач осмотрел больного в приемном отделении и ушел, не приняв решения о его приемственности. В результате неотложная МП своевременно не была оказана, и больной умер в приемном отделении.

Следует признать, что и в первом, и во втором случае бездействие врача повлекло наступление неблагоприятного исхода неадекватно оказанной МП.

Возможность причинения смерти бездействием признаются многими учеными-юристами — и российскими, и зарубежными.

Эта позиция, как считает В. Б. Малинин, объясняется «во-первых, историческими причинами (издревле каноническое право приравнивало невоспрепятствование смерти ближнего к убийству — «*qui potuit hominem liberare morte et non liberavit eum occidit*»), а во-вторых, господством теорий, признающих каузальность бездействия» [2, с. 250].

Объект причинения смерти — жизнь человека. «Понятие “человек” включает в себя как социальную, так и биологическую сущность. Социальная сущность в человеке — это его общественные (социальные качества). Биологическая — его природные (биологические) качества» [2, с. 251].

Юристы часто не обращают достаточного внимания на биологическую сущность человека. «Это ведет к созданию некой бестелесной эфемерной сущности человека. С научной точки зрения такой подход является односторонним, неполным» [6, с. 109].

Н. С. Таганцев вопрос о возможности совершения убийства путем бездействия рассматривал на основе нормативной теории. Он писал: «...убийство есть несомненно содеяние, нарушение запретительной заповеди, а между тем убийцей может быть и тюремный надзиратель, не давший пищи арестанту и умертвивший его голодом». Таким образом, Н. С. Таганцев проводит различие между бездействием как посягательством на предписывающие нормы и бездействием как способом действия (невмешательством)» [7, с. 266].

Т. В. Церетели также считает, что «если вследствие бездействия лица, на которого возложена специальная обязанность оказать помощь, наступает смерть, то виновный отвечает за убийство» [8, с. 269].

Данное положение имеет прямое отношение к неоказанию МП врачом лицу, которое в ней нуждалось. Бездействие в виде затягивания принятия решения о проведении операции или приемственности пациента в судебной практике рассматривается как способ действия, связанный с ненадлежащим исполнением своих профессиональных обязанностей.

Так, признав врача-хирурга Д. и заведующего хирургическим отделением С. виновными в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, суд в приговоре указал: «Нарушения при оказании медицинской помощи Н. со стороны врачей хирургов Д. и С. привели к... опозданию с принятием правильного решения об оперативном лечении...» [9].

Принятие решения — это акт мыслительной деятельности, обуславливающий то или иное физическое действие (бездействие), и ответственность за его обоснованность и своевременность несет субъект.

Мы разделяем точку зрения В. Б. Малинина, согласно которой «при бездействии условия совершения преступления создаются всегда помимо воли

преступника, и, сознавая их характер, преступник не вмешивается в ход событий, *не изменяет естественного хода причинной связи явлений* (курсив наш. — В. Д.)» [2, с. 252]. Исходя из этой позиции, мы определяем в качестве ятрогенного дефекта «естественное развитие патологии на фоне неадекватного лечения» [4, с. 87].

В юридической литературе часто высказывается мнение о том, что преступления, совершаемые путем бездействия, представляют меньшую общественную опасность. С этим, на наш взгляд, нельзя согласиться. Врач не исполнил профессиональных обязанностей — не оказал МП больному, и тот умер. Врач в ходе оказания МП вследствие небрежности или легкомыслия ненадлежащим образом исполнил профессиональные обязанности — больной умер. В каком случае общественная опасность меньше?

Для признания ятрогенного события преступным обязательным условием должны быть, с одной стороны, обусловленность ятрогении дефектом медицинской помощи, возникшим вследствие нарушения медицинским работником своих профессиональных обязанностей, с другой стороны, причинная связь ятрогении с неблагоприятным исходом.

Безусловно, не все случаи смерти при лечении больного причинно бывают связаны с действиями врача. Определенная часть неблагоприятных исходов обуславливается тяжестью заболевания или зависит от ряда факторов, имеющих объективную природу, оценить значимость которых не всегда заранее возможно. К этим факторам можно отнести, например, характер заболеваний и их осложнений, вирулентность инфекции, реактивность организма и др. При исследовании причинно-следственной связи может быть установлено следующее:

— неблагоприятный исход явился следствием естественного развития болезненного процесса, имевшего декомпенсаторный (необратимый) характер вследствие тяжести или неизлечимости болезни;

— неблагоприятный исход в определенной степени обусловлен медицинским вмешательством, выполненным своевременно, обоснованно и качественно, но ускорившим течение болезни (спровоцировавшим развитие осложнения);

— медицинское мероприятие, выполненное своевременно, обоснованно и качественно, повысило вероятность развития, но не явилось причиной возникновения осложнения, выступившего в качестве непосредственной причины неблагоприятного исхода;

— низкое качество оказанной медицинской помощи не предотвратило развития болезни и не повлияло на его естественное течение (необходимо дальше выяснять, какие факторы — объективные или субъективные — явились тому причиной);

— имел место дефект оказания медицинской помощи, обусловленный несоблюдением правил ее осуществления; возникшая вследствие ятрогенного дефекта ятрогения находится в причинной связи с непосредственной причиной неблагоприятного исхода или сама явилась таковой.

Доказательства причинно-следственной связи между воздействием на организм в процессе оказания пациенту МП и наступившими неблагоприятными последствиями должны базироваться на совокупности необходимых и достаточных критериев. Оценка последних возможна на основе полного объема информации, отражающей объективные и субъективные причины наступления неблагоприятного

исхода МП. Получить указанный объем информации возможно только по результатам поэлементно-факторного анализа всех обстоятельств события ятрогенного преступления [4, с. 211–228].

Установление причинно-следственных отношений между факторами, детерминировавшими наступление неблагоприятного исхода МП, имеет важное значение при формировании доказательственной базы по уголовному делу. Указанные отношения составляют механизм посягательства, существенные признаки которого определяют понятие причинно-следственной связи как элемента объективной стороны конкретного ятрогенного преступления.

#### Библиография

1. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации. Особенная часть / под ред. Ю. И. Скуратова и В. М. Лебедева. М., 1998.
2. *Малинин В. Б.* Причинная связь в уголовном праве. СПб., 2000.
3. *Опарин Н. Б.* Доказывание причинной связи как необходимого признака объективной стороны состава преступления // Деятельность органов внутренних дел по реализации ответственности за правонарушения. М., 1986.
4. *Пристапсков В. Д.* Криминалистическая теория расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи: монография. СПб., 2007.
5. Архив Кировского городского суда ЛО, уголовное дело № 1-26/2006.
6. *Коржанский Н. И.* Объект и предмет уголовно-правовой охраны. М., 1980.
7. *Таганцев Н. С.* Русское уголовное право. Лекции. Т. 1. М., 1994.
8. *Церетели Т. В.* Причинная связь в уголовном праве. М., 1963.
9. Архив Дзержинского районного суда г. Ярославля, уголовное дело № 1-235/05.

#### References

1. *Kommentarii k Uголовnomu kodeksu Rossiiskoi Federatsii. Osobennaia chast'* [The commentary on the Criminal Code of the Russian Federation. Special part]. Eds Skuratov Y. I., Lebedev V. M. Moscow, 1998 (In Russian).
2. *Malinin V. B. Prichinnaia sviaz' v ugovnom prave* [Causation in the Criminal Law]. St. Petersburg, 2000. (In Russian)
3. *Oparin N. B. Dokazyvanie prichinnoi sviazi kak neobkhdimogo priznaka ob"ektivnoi storony sostava prestupleniia* [Proof of causation as a mandatory characteristic of objective aspect of crime]. *Deiatel'nost' organov vnutrennikh del po realizatsii otvetstvennosti za pravonarusheniia* [Activity of the Internal affairs authorities on responsibility enforcement]. Moscow, 1986. (In Russian)
4. *Pristanskov V. D. Kriminalisticheskaia teoriia rassledovaniia iatrogennykh prestuplenii, sovershaemykh pri okazanii meditsinskoi pomoshchi: monografiia* [Criminalistics theory of investigation of iatrogenic crimes committed in course of medical treatment. Monograph]. St. Petersburg, 2007. (In Russian)
5. Архив Кировского городского суда ЛО, уголовное дело № 1-26/2006 [Archives of Kirovsky City Court of the Leningrad Region, criminal case N 1-26/2006]. (In Russian)
6. *Korzhanskii N. I. Ob"ekt i predmet ugovovno-pravovoi okhrany* [Object and subject-matter of criminal legal protection]. Moscow, 1980. (In Russian)
7. *Tagantsev N. S. Russkoe ugovovnoe pravo. Lektzii* [Russian Criminal Law. Lectures]. Vol. 1. Moscow, 1994. (In Russian)
8. *Tsereteli T. V. Prichinnaia sviaz' v ugovnom prave* [Causation in the Criminal Law.]. Moscow, 1963. (In Russian)
9. Архив Дзержинского районного суда г. Ярославля, уголовное дело № 1-235/05 [Archives of Dzerzhinsky district court of Yaroslavl, criminal case N 1-235/05]. (In Russian)

Статья поступила в редакцию 11 июня 2015 г.