



Федерация
анестезиологов
и реаниматологов



Российская ассоциация
специалистов по хирургическим
инфекциям



Ассоциация акушерских
анестезиологов-реаниматологов



Ассоциация детских
анестезиологов-реаниматологов

Интенсивная терапия

Национальное руководство

В двух томах

Том 1

Под редакцией
И.Б. Заболотских, Д.Н. Проценко

2-е издание,
переработанное и дополненное



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	6
Авторский коллектив	8
Методология создания и программа обеспечения качества	15
Список сокращений и условных обозначений	18
Глава 1. Организационно-правовые вопросы (отв. ред. Д.Н. Проценко)	28
1.1. Нормативно-правовое регулирование в анестезиологии и реаниматологии (В.И. Горбачев, С.А. Сумин)	28
1.2. Актуальные вопросы нормативно-правового регулирования в анестезиологии-реаниматологии (П.Г. Габай, Д.Н. Проценко)	47
1.3. Паллиативная медицинская помощь в интенсивной терапии (Е.С. Ларин, Д.В. Невзорова)	59
Глава 2. Общие вопросы интенсивной терапии (отв. ред. И.Б. Заболотских) ...	67
2.1. Объективная оценка тяжести состояния и прогноза у больных в критических состояниях (А.И. Ярошецкий, Т.С. Мусаева, Е.Б. Гельфанд, П.И. Миронов, Ю.С. Александрович)	67
2.2. Остановка кровообращения. Сердечно-легочная и церебральная реанимация (А.Н. Кузовлев, Э.В. Недашковский, В.В. Кузьков, Е.М. Шифман)	77
2.3. Нарушения водно-электролитного баланса (А.Г. Климов)	112
2.4. Нарушения метаболизма, водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния (С.В. Свиридов, А.Н. Кузовлев)	124
2.5. Нарушения системы гемостаза (В.М. Городецкий, Т.В. Вавилова, Г.М. Галстян, Е.М. Шулутко)	135
2.6. Компоненты крови (А.Ю. Буланов)	150
2.7. Инфузионная терапия (В.А. Мазурок, А.И. Ярошецкий)	157
2.8. Нутритивная терапия при критических состояниях (А.Е. Шестопалов, Т.С. Попова, И.Н. Лейдерман, В.М. Луфт)	179
2.9. Седация в интенсивной терапии (В.И. Потиевская, И.Б. Заболотских)	209
2.10. Шок: классификация, диагностика и лечение (К.М. Лебединский, М.Ю. Киров, В.В. Кузьков, А.Л. Левит, Е.В. Григорьев, И.Н. Лейдерман) ...	219
2.11. Основные процедуры и манипуляции в отделении интенсивной терапии (Р.Е. Лахин, Д.Н. Уваров, А.А. Андреев)	233
Глава 3. Интенсивная терапия в периоперационном периоде (отв. ред. И.Б. Заболотских, К.М. Лебединский)	309
3.1. Стрессовый ответ на хирургическую травму (А.Е. Карелов)	309
3.2. Периоперационная инфузионная терапия (Е.С. Горобец)	322
3.3. Острая массивная кровопотеря (Е.В. Григорьев)	345
3.4. Реинфузия крови в хирургии (А.Ю. Лубнин, В.В. Громова)	358
3.5. Периоперационная нутритивная поддержка (И.Н. Лейдерман)	368
3.6. Аналгезия (А.М. Овечкин, П.А. Кириенко, Д.Н. Уваров, И.Б. Заболотских)	383
3.7. Сопутствующие заболевания системы кровообращения (В.И. Потиевская, А.Е. Баутин)	396

3.8. Протективная вентиляция легких в операционной (И.Б. Заболотских, Н.В. Трембаз)	451
3.9. Периоперационное ведение пациентов с сопутствующей дыхательной недостаточностью (И.Б. Заболотских, Н.В. Трембаз)	457
3.10. Периоперационная интенсивная терапия у пациентов с сопутствующими заболеваниями центральной нервной системы и нейромышечными заболеваниями (И.Б. Заболотских, Н.В. Трембаз, М.А. Магомедов, К.М. Лебединский)	480
3.11. Нарушения системы гемостаза: диагностика и коррекция (И.Б. Заболотских, С.В. Синьков, А.Ю. Буланов)	498
3.12. Сопутствующие заболевания эндокринной системы (Ю.П. Малышев, А.И. Ярошецкий)	534
3.13. Сопутствующие заболевания почек, печени и желудочно-кишечного тракта (И.Б. Заболотских, С.В. Синьков, Ю.П. Малышев, С.В. Григорьев)	565
3.14. Сопутствующие психические заболевания, наркотическая и алкогольная зависимость (И.Б. Заболотских, Н.В. Трембаз, В.В. Мясникова, А.Е. Мурунов)	586
3.15. Послеоперационная когнитивная дисфункция (А.М. Овезов, М.В. Пантелеева)	615
3.16. Послеоперационный делирий (М.М. Соколова, М.Ю. Киров)	626
3.17. Периоперационная интенсивная терапия в гериатрии (И.Б. Заболотских, К.М. Лебединский, Т.С. Мусаева, Н.В. Трембаз)	634
3.18. Особенности у онкологических пациентов (А.Е. Карелов)	647
3.19. Периоперационное ведение пациентов с анафилаксией (Т.С. Мусаева, К.М. Лебединский, А.Ж. Баялиева, Е.М. Шифман, И.Б. Заболотских)	657
Глава 4. Интенсивная терапия заболеваний и повреждений нервной системы (отв. ред. В.В. Крылов, М.А. Пирадов, А.В. Щеголев)	669
4.1. Патофизиология центральной нервной системы (В.В. Крылов, А.Н. Кондратьев, А.А. Белкин, С.С. Петриков, А.В. Щеголев)	669
4.2. Неврологическая диагностика при заболеваниях и повреждениях центральной нервной системы (А.А. Белкин, В.В. Крылов, М.А. Пирадов, А.Н. Кондратьев, С.С. Петриков, Е.А. Кондратьева)	683
4.3. Судорожный синдром (Д.А. Аверьянов, А.Н. Кондратьев, А.В. Щеголев)	705
4.4. Инсульт (М.А. Пирадов, М.Ю. Максимова, М.А. Домашенко)	717
4.5. Полинейромиопатия критического состояния (А.А. Белкин, А.М. Алашеев)	734
4.6. Интенсивная терапия пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой (В.В. Крылов, А.В. Щеголев, С.С. Петриков, В.И. Шаталов)	741
4.7. Травматическое повреждение спинного мозга (В.В. Крылов, А.В. Щеголев, В.И. Шаталов)	768
4.8. Интенсивная терапия в нейрохирургии (А.Н. Кондратьев, Н.А. Лестева, И.А. Савин, Л.М. Ценципер, А.В. Щеголев)	775
4.9. Длительные нарушения сознания (Е.А. Кондратьева, А.А. Белкин, М.В. Петрова)	791
4.10. Смерть мозга (М.А. Пирадов, Е.В. Гнедовская, С.М. Степаненко, В.Г. Амгеславский)	813

Глава 5. Реабилитация в интенсивной терапии (отв. ред. А.А. Белкин)	818
5.1. Реабилитация в интенсивной терапии. РеабИТ (А.А. Белкин, И.Н. Лейдерман, Н.С. Давыдова).	818
Глава 6. Интенсивная терапия дыхательной недостаточности (отв. ред. Д.Н. Проценко)	844
6.1. Ключевые вопросы патофизиологии легких (О.В. Игнатенко).	844
6.2. Диагностика и мониторинг дыхательной недостаточности (А.И. Ярошецкий, А.И. Грицан)	869
6.3. Респираторная терапия (А.И. Ярошецкий)	889
6.4. Отек легких (О.В. Игнатенко, Д.Н. Проценко, А.И. Ярошецкий).	915
6.5. Острый респираторный дистресс-синдром (Д.Н. Проценко, А.И. Грицан, А.И. Ярошецкий, М.Ю. Киров)	922
6.6. Аспирационный пневмонит (Д.Н. Проценко).	935
6.7. Утопление (Д.Н. Проценко).	938
6.8. Астматический статус (С.Н. Авдеев).	941
6.9. Тяжелое обострение хронической обструктивной болезни легких (С.Н. Авдеев).	952
6.10. Пневмоторакс. Гемоторакс (Д.Н. Проценко).	963
6.11. Интенсивная терапия при неинфекционных паренхиматозных заболеваниях легких (С.Н. Авдеев).	968
Глава 7. Интенсивная терапия нарушений кровообращения (отв. ред. А.А. Еременко, К.М. Лебединский)	983
7.1. Патофизиология нарушений кровообращения (М.Ю. Киров, В.В. Кузьков, К.М. Лебединский)	983
7.2. Мониторинг гемодинамики в интенсивной терапии (М.Ю. Киров, В.В. Кузьков, К.М. Лебединский)	997
7.3. Острые коронарные синдромы (И.С. Курапеев, В.К. Сухов).	1010
7.4. Тромбоэмболия легочных артерий и хроническая постэмболическая легочная гипертензия (А.И. Кириенко, С.Г. Леонтьев, И.С. Лебедев).	1036
7.5. Внезапная сердечная смерть (Г.Е. Гендлин, А.Ш. Ревившили, К.М. Лебединский)	1053
7.6. Острая сердечная недостаточность (С.Н. Терещенко, А.А. Еременко, И.В. Жиров).	1063
7.7. Острый перикардит (Е.В. Григорьев)	1086
7.8. Гипертонические кризы: диагностика и лечение (С.Н. Терещенко, Т.М. Ускаж)	1092
7.9. Артериальная гипотензия (А.А. Еременко).	1109
7.10. Особенности интенсивной терапии в кардиохирургии (А.А. Еременко)	1113
7.11. Экстракорпоральная мембранная оксигенация при сердечной недостаточности (Е.Н. Ершов, Д.А. Шелухин, А.В. Щеголев, И.С. Курапеев)	1131
Предметный указатель	1142

Глава 1

Организационно-правовые вопросы

Ответственный редактор *Д.Н. Проценко*

1.1. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ

В.И. Горбачев, С.А. Сумин

Анестезиолого-реанимационная помощь является составной частью отношений, возникающих в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации.

Правовое регулирование сферы охраны здоровья представляет собой комплекс взаимосвязанных законов и подзаконных нормативных правовых актов, основная часть которых распространяет свое действие на всех работников здравоохранения, а другая — регламентирует исключительно анестезиолого-реанимационную медицинскую помощь.

Конституция Российской Федерации имеет высшую юридическую силу, прямое действие и применяется на всей территории Российской Федерации. Законы и иные правовые акты, принимаемые в Российской Федерации, не должны противоречить Конституции Российской Федерации (часть 1 статьи 15 Конституции Российской Федерации).

Статья 41 Конституции Российской Федерации гарантирует следующее.

- Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений (часть 1).
- В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию (часть 2).
- Сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом (часть 3).

Согласно части 4 статьи 15 Конституции Российской Федерации общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации являются составной частью ее правовой системы. Если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные законом, то применяются правила международного договора.

Федеральные законы и кодексы.

1. Гражданский кодекс Российской Федерации.
2. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ.
3. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ.

4. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ.

5. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ регулирует отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования, в том числе определяет правовое положение субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования, основания возникновения их прав и обязанностей, гарантии их реализации, отношения и ответственность, связанные с уплатой страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

6. Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» от 12.04.2010 № 61-ФЗ регулирует отношения, возникающие в связи с обращением — разработкой, доклиническими исследованиями, клиническими исследованиями, экспертизой, государственной регистрацией, со стандартизацией и с контролем качества, производством, изготовлением, хранением, перевозкой, ввозом в Российскую Федерацию, вывозом из Российской Федерации, рекламой, отпуском, реализацией, передачей, применением, уничтожением лекарственных средств.

7. Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 08.01.1998 № 3-ФЗ регулирует деятельность в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

8. Закон Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

9. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации, и определяет основные права граждан в сфере здравоохранения. Важные изменения в него вводит Федеральный закон от 25.12.2018 № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации” и Федеральный закон “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” по вопросам клинических рекомендаций». Особо необходимо отметить следующие основополагающие статьи данного закона:

- статья 2, где указаны основные понятия, используемые в сфере здравоохранения, такие как медицинское вмешательство, лечащий врач, качество медицинской помощи, и которая дополняется пунктом 23: «клинические рекомендации — документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи»;
- статья 6, где отмечен приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи, в том числе путем создания условий, обеспечивающих возмож-

ность посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации с учетом состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и/или находящихся в медицинской организации;

- статья 10, устанавливающая, что доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, а также предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- статья 13, устанавливающая режим соблюдения врачебной тайны;
- статья 19, в которой указаны права пациентов на:
 - «1) выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;
 - 2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
 - 3) получение консультаций врачей-специалистов;
 - 4) облегчение боли, связанной с заболеванием и/или медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
 - 5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья. Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получить отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
 - 6) получение легкого питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
 - 7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
 - 8) отказ от медицинского вмешательства;
 - 9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
 - 10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;
 - 11) допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях — на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации;
 - 12) добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него»;
- статья 20, посвященная правилам получения информированного добровольного согласия (ИДС) на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;

- статья 37. Организация оказания медицинской помощи изменена серьезным образом, что касается приоритета клинических рекомендаций.
- 1. Медицинская помощь, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации, организуется и оказывается:
 - 1) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
 - 2) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
 - 3) на основе клинических рекомендаций;
 - 4) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. <...>
- 3. Клинические рекомендации разрабатываются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) с указанием медицинских услуг, предусмотренных номенклатурой медицинских услуг. Перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), по которым разрабатываются клинические рекомендации, формируется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти на основании установленных им критериев. Остальные пункты статьи посвящены дальнейшей детализации порядка разработки и применения клинических рекомендаций;
- статья 45, запрещающая эвтаназию: «Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента»;
- статья 48, вводящая принципы формирования и работы врачебной комиссии, а также созыва консилиума врачей и формулирования его заключения;
- статья 66, посвященная определению момента смерти человека и прекращению реанимационных мероприятий, имеющая для анестезиолога-реаниматолога важнейшее правовое и профессиональное значение. Данная статья устанавливает следующие обязательные требования.
 1. Моментом смерти человека является момент смерти его мозга или его биологической смерти (необратимой гибели человека).
 2. Смерть мозга наступает при полном и необратимом прекращении всех его функций, регистрируемом при работающем сердце и искусственной вентиляции легких.
 3. Диагноз смерти мозга устанавливается консилиумом врачей в медицинской организации, в которой находится пациент. В состав консилиума врачей должны быть включены анестезиолог-реаниматолог и невролог, имеющие опыт работы по специальности не менее чем пять лет. В состав консилиума врачей не могут быть включены специалисты, принимающие участие в изъятии и трансплантации (пересадке) органов и/или тканей.
 4. Биологическая смерть человека устанавливается на основании наличия ранних и/или поздних трупных изменений.
 5. Констатация биологической смерти человека осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером).
 6. Реанимационные мероприятия прекращаются в случае признания их абсолютно бесперспективными, а именно:

- 1) при констатации смерти человека на основании смерти головного мозга, в том числе на фоне неэффективного применения полного комплекса реанимационных мероприятий, направленных на поддержание жизни;
 - 2) при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение тридцати минут;
 - 3) при отсутствии у новорожденного сердцебиения по истечении десяти минут с начала проведения реанимационных мероприятий (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов).
7. Реанимационные мероприятия не проводятся:
- 1) при состоянии клинической смерти (остановке жизненно важных функций организма человека (кровообращения и дыхания) потенциально обратимого характера на фоне отсутствия признаков смерти мозга) на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью;
 - 2) при наличии признаков биологической смерти человека.
8. Порядок определения момента смерти человека, в том числе критерии и процедура установления смерти человека, порядок прекращения реанимационных мероприятий и форма протокола установления смерти человека определяются Правительством Российской Федерации.

Форма протокола установления смерти человека регламентирована постановлением Правительства РФ от 20.09.2012 № 950 «Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека», а также приказом Минздрава России от 25.12.2014 № 908н «Порядок установления диагноза смерти мозга человека»;

- статья 67, в которой приведены обязательные поводы для выполнения патолого-анатомического вскрытия, несмотря на имеющиеся возражения родственников умершего, что имеет существенное значение для последующего оправдания действий врача:

«3. По религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, бабушки, дедушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего или при волеизъявлении самого умершего, сделанном им при жизни, патолого-анатомическое вскрытие не производится, за исключением случаев:

- 1) подозрения на насильственную смерть;
- 2) невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и/или непосредственной причины смерти;
- 3) оказания умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;
- 4) подозрения на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов;
- 5) смерти:
 - а) связанной с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лежбных мероприятий, во время или после операции переливания крови и/или ее компонентов;
 - б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него;
 - в) от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;
 - г) от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;
 - д) беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до двадцати восьми дней жизни включительно;

- б) рождения мертвого ребенка;
в) необходимости судебно-медицинского исследования»;
- статья 70, определяющая права и обязанности лечащего врача, что имеет существенное значение для возможных обвинений анестезиолога-реаниматолога:
«2. *Легащий враг организует своевременное квалифицированное обследование и легение пациента...*

5. *Легащий враг устанавливает диагноз, который является основанным на всестороннем обследовании пациента и составленным с использованием медицинских терминов медицинским заключением о заболевании (состоянии) пациента, в том числе явившемся причиной смерти пациента*». Вопрос, является ли анестезиолог-реаниматолог лечащим врачом или нет в аспекте установления диагноза, регламентируется ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) и разделом 3.1.1. Трудовая функция профессионального стандарта «Врач-анестезиолог-реаниматолог», утвержденного приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27.08.2018 № 554н;
 - статья 79, устанавливающая обязанности медицинских организаций;
 - глава 12, устанавливающая принципы и правила организации контроля в сфере охраны здоровья;
 - статья 98, определяющая условия возникновения ответственности в сфере охраны здоровья, в том числе: вред, причиненный жизни и/или здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, установленных законодательством РФ; возмещение вреда, причиненного жизни и/или здоровью граждан, не освобождает медицинских работников и фармацевтических работников от привлечения их к ответственности в соответствии с законодательством РФ.

Федеральные нормативные правовые акты.

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)».

2. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

3. Приказ Минздрава России от 20.10.2012 № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».

4. Приказ Минздрава России от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»».

5. Приказ Минздрава России от 23.04.2013 № 240н «О Порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории».

6. Приказ Минздрава России от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи».

7. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства».

8. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “анестезиология и реаниматология”».

9. Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 909н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю “анестезиология и реаниматология”».

10. Профессиональный стандарт «Врач-анестезиолог-реаниматолог», утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27.08.2018 № 554н.

11. Приказ Минздрава России от 14.09.2018 № 625н «О внесении изменений в порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “анестезиология и реаниматология”, утвержденный приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 919н».

Нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации (приказы министерств, департаментов и комитетов здравоохранения субъектов РФ) и муниципальных образований.

Локальные нормативные акты лечебных учреждений (приказы, должностные инструкции и т.д.).

Соблюдение требований данных документов, обладающих нормативной (обязательной) силой для всего персонала медицинских организаций, повышает качество медицинской помощи пациентам, обеспечивает технологичность ее оказания, исключает произвольный подход к лечебно-диагностическому процессу и уменьшает риск юридической ответственности медицинских работников даже при неблагоприятном исходе.

Задачи анестезиолого-реанимационной службы

Задачи анестезиолого-реанимационной службы определяются разделом II [Описание трудовых функций, входящих в профессиональный стандарт (функциональная карта вида профессиональной деятельности)] профессионального стандарта «Врач-анестезиолог-реаниматолог», утвержденного приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27.08.2018 № 554н.

Этот документ в настоящее время еще не утвержден, но ввиду отсутствия иного правового регулирования считаем возможным учитывать его положения.

А. Оказание специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология и реаниматология».

В. Организация лечебно-диагностического процесса (выбор методов лечения, диагностики и лекарственное обеспечение пациентов):

- профилактика и лечение боли и болезненных ощущений у пациентов, выбор вида обезболивания в соответствии с соматическим статусом пациента, характером и объемом вмешательства и его неотложностью;
- поддержание и (или) искусственное замещение обратимо нарушенных функций жизненно важных органов и систем при состояниях, угрожающих жизни пациента;
- лабораторный и функциональный мониторинг за адекватностью анестезии и (или) интенсивной терапии.

С. Организационно-управленческая и научно-исследовательская деятельность:

- ведение учетно-отчетной медицинской документации;
- проведение лабораторных, функциональных и экспериментальных исследований, подготовка отчетов;
- организация труда медицинского персонала в медицинских организациях.

В соответствии с приказом Минздрава России от 07.10.2015 № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фарма-

цветическое образование»; приказом Минздрава России № 707н от 06.10.2015 «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки “Здравоохранение и медицинские науки”»; приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 27.08.2018 № 554н «Об утверждении профессионального стандарта “Врач-анестезиолог-реаниматолог”», занимать врачебную должность врача-анестезиолога-реаниматолога имеет право гражданин:

- имеющий высшее образование — специалитет по одной из специальностей: «лечебное дело», «педиатрия»;
- прошедший подготовку в интернатуре/ординатуре или профессиональную переподготовку (при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по одной из специальностей: «неонатология» или «нефрология») по специальности «анестезиология и реаниматология» и имеющий сертификат специалиста по специальности «анестезиология-реаниматология» или свидетельство об аккредитации специалиста с 01.01.2016 (ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, статья 69);
- прошедший предварительные при поступлении на работу и периодические профилактические медицинские осмотры в установленном порядке (статья 213 Трудового кодекса РФ).

Организация анестезиолого-реанимационной службы

Нормативным документом, регламентирующим организацию анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология», является приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 919н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология» и Приложения № 1–15 к настоящему Порядку (регламентируют оснащение и штатные нормативы при оказании медицинской помощи по данному профилю):

- Приложение № 1 определяет Правила организации деятельности группы анестезиологии-реанимации для взрослого населения;
- Приложение № 2 определяет Рекомендуемые штатные нормативы группы анестезиологии-реанимации для взрослого населения;
- Приложение № 3 определяет Стандарт оснащения группы анестезиологии-реанимации для взрослого населения;
- Приложение № 4 определяет Правила организации деятельности отделения анестезиологии-реанимации для взрослого населения;
- Приложение № 5 определяет Рекомендуемые штатные нормативы отделения анестезиологии и реанимации для взрослого населения;
- Приложение № 6 определяет Стандарт оснащения отделения анестезиологии и реанимации для взрослого населения;
- Приложение № 7 определяет Правила организации деятельности отделения анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения;
- Приложение № 8 определяет Рекомендуемые штатные нормативы отделения анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения;
- Приложение № 9 определяет Стандарт оснащения отделения анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения;
- Приложение № 10 определяет Правила организации деятельности отделения реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения;

- Приложение № 11 определяет Рекомендуемые штатные нормативы отделения реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения;
- Приложение № 12 определяет Стандарт оснащения отделения реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения;
- Приложение № 13 определяет Правила организации деятельности центра анестезиологии-реаниматологии для взрослого населения;
- Приложение № 14 определяет Рекомендуемые штатные нормативы центра анестезиологии и реанимации для взрослого населения;
- Приложение № 15 определяет Стандарт оснащения центра анестезиологии и реанимации для взрослого населения.

Нормативным документом, регламентирующим организацию анестезиолого-реанимационной помощи детям по профилю «анестезиология и реаниматология», является приказ Минздрава России № 909н от 12.11.2012 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям по профилю “анестезиология и реаниматология”» и Приложения № 1–9 к настоящему Порядку:

- Приложение № 1 определяет Правила организации деятельности группы анестезиологии-реанимации;
- Приложение № 2 определяет Рекомендуемые штатные нормативы группы анестезиологии-реанимации;
- Приложение № 3 определяет Стандарт оснащения группы анестезиологии-реанимации;
- Приложение № 4 определяет Правила организации деятельности отделения анестезиологии-реанимации;
- Приложение № 5 определяет Рекомендуемые штатные нормативы отделения анестезиологии-реанимации;
- Приложение № 6 определяет Стандарт оснащения отделения анестезиологии-реанимации;
- Приложение № 7 определяет Правила организации деятельности центра анестезиологии-реанимации;
- Приложение № 8 определяет Рекомендуемые штатные нормативы центра анестезиологии-реанимации;
- Приложение № 9 определяет Стандарт оснащения центра анестезиологии-реанимации.

Структура анестезиолого-реанимационной службы

Структура анестезиолого-реанимационной службы определяется приказом Минздрава России № 919н от 15.11.2012 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “анестезиология и реаниматология”» и приказом Минздрава России № 909н от 12.11.2012 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «анестезиология и реаниматология».

Структурными подразделениями анестезиолого-реанимационной службы являются отделения (группы, палаты, выездные бригады скорой медицинской помощи) анестезиологии-реанимации, а также реанимации и интенсивной терапии.

Штаты и оснащение анестезиолого-реанимационной службы

Штаты анестезиолого-реанимационной службы при оказании медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология»

регламентируются Приложениями № 2, 5, 8, 11, 14 к приказу Минздрава России от 15.11.2012 № 919н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “анестезиология и реаниматология”».

Оснащение анестезиолого-реанимационной службы при оказании медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология» регламентируется Приложениями № 3, 6, 9, 12, 15 к приказу Минздрава России от 15.11.2012 № 919н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “анестезиология и реаниматология”».

Необходимо отметить, что в большинстве порядков, посвященных деятельности различных специальностей, также представлено штатное расписание палат интенсивной терапии.

В приказ от 14.09.2018 № 625н «О внесении изменений в порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “анестезиология и реаниматология”, утвержденный приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 919н», внесены изменения, связанные с оказанием паллиативной помощи и использованием клинических рекомендаций. Кроме этого, прописывается создание в субъектах Российской Федерации дистанционных консультативных центров анестезиологии-реаниматологии, работающих с применением телемедицинских технологий. Центр является структурным подразделением медицинской организации, подведомственной исполнительному органу государственной власти субъекта Российской Федерации, соответствующей одному из следующих критериев: наличие в структуре регионального сосудистого центра, организованного в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения. В соответствии с данным приказом центр осуществляет консультации пациентов с внезапными острыми заболеваниями, состояниями, представляющими угрозу жизни больного.

К данным состояниям отнесены: шок тяжелой (III–IV) степени; кома различной этиологии с оценкой по шкале комы Глазго менее восьми баллов; массивная кровопотеря; острое нарушение гемостаза; острая недостаточность отдельных органов или систем тяжелой степени (острая сердечная и (или) сосудистая недостаточность, дыхательная недостаточность, церебральная недостаточность, печеночная, почечная или надпочечниковая недостаточность, панкреонекроз); гнойно-септическое состояние (сепсис, перитонит, гнойный плеврит, флегмона); расстройство регионального и (или) органного кровообращения, приводящее к инфаркту внутреннего органа или гангрене конечности; эмболия (газовая, жировая, тканевая, тромбоэмболия) сосудов головного мозга, легких; острое отравление химическими и биологическими веществами, включая лекарственные препараты, вызвавшее угрожающее жизни состояние; различные виды механической асфиксии, последствия общего воздействия высокой или низкой температуры, высокого или низкого атмосферного давления (баротравма, кессонная болезнь), технического или атмосферного электричества (электротравма), вызвавшие угрожающее жизни состояние; последствия других форм неблагоприятного воздействия (обезвоживание, истощение и иные), вызвавшие угрожающее жизни состояние.

Виды юридической ответственности в сфере интенсивной терапии, анестезиологии и реанимации

Действующее законодательство определяет юридическую ответственность физического лица (гражданина) и юридического лица (организации). Различают административную, дисциплинарную, уголовную и гражданско-правовую ответственность.

Уголовное преследование может осуществляться только в отношении физических лиц (в здравоохранении — врачи и средний медицинский персонал) с применением к ним юридических санкций, предусмотренных Уголовным кодексом РФ (УК РФ).

Гражданско-правовая ответственность предусматривает привлечение в качестве ответчика, как правило, юридических лиц. За причинение вреда пациентам материальную ответственность несет организация-работодатель. Необходимо отметить, что по Трудовому кодексу РФ (ТК РФ), статья 241, за причиненный ущерб своей организации работник несет материальную ответственность в пределах своего среднего месячного заработка. Это означает, что при любом размере компенсации, выплаченной пациенту по судебному решению, непосредственно с врача закон позволяет работодателю взыскать не больше его среднемесячного заработка. Статья 243 ТК РФ предусматривает исключения из данного правила, так называемые случаи полной материальной ответственности, когда работодатель вправе взыскать с допустившего дефект работника полную сумму причиненного ущерба. К ним относят ситуации, когда ущерб причинен в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, а также в результате преступных действий работника, установленных приговором суда, или в результате административного проступка. Если в гражданском процессе за «врачебные ошибки» отвечает больница, то главный врач имеет право в регрессном порядке взыскать убытки, причиненные работником в зависимости от обстоятельств.

В медицинской практике случаи полной материальной ответственности врачей обусловлены, как правило, обвинительным приговором по уголовному делу. При уголовных делах в здравоохранении обычно не привлекают к лишению свободы, обвинительные приговоры в отношении врача считают «обременяющим» юридическим основанием для взыскания с него полной суммы причиненного ущерба, выплаченного больницей.

Перечень деяний, предусмотренных УК РФ, за совершение которых наступает уголовная ответственность медицинских работников, содержится в следующих основных статьях (табл. 1.1):

Таблица 1.1. Статьи Уголовного кодекса РФ, по которым наступает ответственность для медицинских работников

№ статьи	Название	Максимальная санкция
Ст. 109 ч. 2	Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей	До 3 лет лишения свободы
Ст. 118 ч. 2	Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей	До 1 года лишения свободы
Ст. 120	Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации	До 5 лет лишения свободы
Ст. 122 ч. 4	Заражение ВИЧ-инфекцией (вирусом иммунодефицита человека) вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей	До 5 лет лишения свободы
Ст. 123	Незаконное производство аборта лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля	До 5 лет лишения свободы
Ст. 124	Неоказание помощи больному	До 4 лет лишения свободы
Ст. 125	Оставление в опасности	До 1 года лишения свободы

Окончание табл. 1.1

№ статьи	Название	Максимальная санкция
Ст. 128	Незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях	До 7 лет лишения свободы
Ст. 153	Подмена ребенка	До 5 лет лишения свободы
Ст. 159	Мошенничество	До 10 лет лишения свободы
Ст. 171	Незаконное предпринимательство	До 5 лет лишения свободы
Ст. 228	Незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, а также незаконные приобретение, хранение, перевозка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества	До 15 лет лишения свободы
Ст. 233	Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ	До 2 лет лишения свободы
Ст. 234	Незаконный оборот сильнодействующих или ядовитых веществ в целях сбыта	До 2 лет лишения свободы
Ст. 235	Незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью	До 5 лет лишения свободы
Ст. 236	Нарушение санитарно-эпидемиологических правил	До 5 лет лишения свободы
Ст. 238 ч. 1	Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности	До 3 лет лишения свободы
Ст. 238 ч. 2	Те же деяния, если они: а) совершены группой лиц по предварительному сговору или организованной группой; б) совершены в отношении товаров, работ или услуг, предназначенных для детей в возрасте до шести лет; в) повлекли по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью либо смерть человека	До 6 лет лишения свободы
Ст. 290	Получение взятки	До 15 лет лишения свободы
Ст. 292	Служебный подлог	До 4 лет лишения свободы
Ст. 293	Халатность	До 7 лет лишения свободы
Ст. 307	Заведомо ложные показания, заключение эксперта или неправильный перевод	До 5 лет лишения свободы

При возникновении ятрогенных осложнений пациенты (или их родственники) чаще всего обращаются не в суд с гражданским иском, а в правоохранительные органы (прокуратуру, Следственный комитет) с заявлением о возбуждении уголовного дела. Данный путь считают наиболее простым и быстрым для установления обстоятельств случившегося и наказания виновных при наступлении неблагоприятных

ятного исхода. Заявления оформляют в произвольной форме, не требуется приложения доказательств. Экспертиза в уголовном процессе бесплатна для потерпевшего, ему не надо нанимать профессионального юриста для представления своих интересов, поскольку эту функцию берет на себя государственное обвинение.

По поступившему заявлению органы следствия обязаны провести так называемую проверку и по ее результатам принять решение — либо о возбуждении уголовного дела, либо об отказе в его возбуждении. По закону для возбуждения уголовного дела необходим состав преступления, в противном случае заявителю направляют отказ.

Как правило, во врачебных делах установить состав преступления бывает сложно из-за неочевидности вины врача и причинно-следственной связи его деяний и наступивших осложнений. В уголовном праве действует конституционный принцип презумпции невиновности, согласно которому неустранимые сомнения в виновности лица толкуют в пользу обвиняемого (статья 49 Конституции Российской Федерации). В большинстве случаев принимается решение об отказе в возбуждении уголовного дела либо о его прекращении — за отсутствием состава преступления. Следователь разъясняет заявителю право на обращение с исковым заявлением в суд в порядке гражданского судопроизводства.

Гражданско-правовая ответственность лечебно-профилактических учреждений

Согласно Гражданскому кодексу Российской Федерации (ГК РФ) гражданско-правовая ответственность любого лица возникает из обязательств, связанных с причинением вреда, нарушением договора, обязательств, вытекающих из закона, или в результате неосновательного обогащения.

Гражданско-правовая ответственность юридических лиц (медицинских организаций) возникает из-за причинения вреда жизни и здоровью пациентов (деликтные обязательства) и заключается в обязанности возместить потерпевшему материальный ущерб и моральный вред.

Согласно действующему законодательству, судебное взыскание может быть наложено на медицинские организации при четырех условиях, образующих состав гражданского правонарушения:

- наличие вреда — умаление или уничтожение какого-либо физического, материального или неимущественного блага;
- противоправные деяния работников медицинских организаций — несоответствие действий медицинских работников официальным (или общепринятым) требованиям, стандартам, правилам;
- причинно-следственная связь между первым и вторым условием (как прямая, так и косвенная);
- вина работников медицинских организаций.

Понятие «вред» в здравоохранении связано с определенными негативными последствиями медицинского вмешательства, возникающими у пациента: инвалидность, нарушение функции или анатомической структуры органа, наступление смертельного исхода. Если суд установит состав гражданского правонарушения, то своим решением возлагает на ответчика обязанность возместить «вред здоровью» (или «вред жизни» — при смертельном исходе), включающий в себя имущественный и моральный вред.

К имущественному вреду относятся: упущенные доходы, произведенные расходы, предстоящие расходы, утраченный заработок, произведенные и предстоящие затраты на лечение.

Моральный вред представляет собой физические и нравственные страдания (физическую боль; нравственные переживания в связи с повреждением здоровья, смертью родственников, нарушением прав потребителя медицинской услуги, например разглашением врачебной тайны).

При смертельном исходе компенсации подлежит моральный вред в пользу родственников умершего, расходы на погребение, а также денежное возмещение по потере кормильца.

Согласно ГК РФ (статьи 150, 151), компенсация морального вреда взыскивается непосредственно в пользу пострадавшего пациента, поскольку здоровье — индивидуальное, неотчуждаемое благо. В пользу родственников моральный вред может быть взыскан при смерти пациента. По судебной практике последних лет в пользу членов семьи взыскивают компенсацию морального вреда не только при наступлении смертельного исхода, но и при инвалидности близкого человека — в дополнение к уже назначенной ему компенсации в связи с нравственными страданиями, которые испытывают лица, осуществляющие уход за больным.

Сумма возмещения утраченного заработка напрямую зависит от размера заработной платы потерпевшего и рассчитывается арифметически пропорционально проценту утраты его профессиональной трудоспособности, устанавливаемой медико-социальной экспертной комиссией (МСЭК).

Среди профессиональных дефектов ошибки, допущенные в сфере анестезиологии, интенсивной терапии и реанимации, занимают пятое место, уступая хирургическим, травматологическим, акушерско-гинекологическим и терапевтическим случаям. Данная область, как и вся медицинская практика, сопровождается определенной вероятностью возникновения неблагоприятных последствий у пациента из-за объективной невозможности их достоверно предвидеть и предотвратить. Это косвенно подтверждает и статистика судебных процессов, где удовлетворяется большинство исков пациентов.

Однако нельзя утверждать, что врач остается абсолютно незащищенным при возникновении ятрогенных осложнений. Действующее законодательство содержит нормы, которые могут уменьшить, а в отдельных случаях и исключить ответственность медицинских работников даже при наступлении тяжких последствий вмешательства:

- факторы непреодолимой силы, «форс-мажорные обстоятельства» (статьи 401, 1098 ГК РФ; статьи 13, 14 Закона РФ «О защите прав потребителей»);
- обоснованный риск (статья 41 Уголовного кодекса (УК) РФ);
- условия крайней необходимости (статья 1067 ГК РФ);
- нарушение потребителем установленных правил пользования результатами работы или услуги (статьи 1083, 1098 ГК РФ; статья 14 Закона РФ «О защите прав потребителей»);
- вред причинен по просьбе или с согласия потерпевшего (статья 1064 ГК РФ).

Таким образом, уголовная и гражданско-правовая профессиональная ответственность в здравоохранении возникает, как правило, в результате причинения по неосторожности вреда жизни и здоровью пациентов (реже — при нарушении иных субъективных прав граждан: несвоевременное и неполное исполнение медицинских услуг и др.). Основанием для привлечения медицинских работников и лечебных учреждений к ответственности считают установленный судом состав уголовного или гражданского правонарушения. Суммы денежной компенсации за врачебные ошибки возрастают и становятся ощутимыми даже для крупной медицинской организации, что считают дополнительным стимулом к повышению качества работы медицинского персонала, обеспечению условий, исключающих или существенно уменьшающих риск ятрогенных осложнений.

Требования к оформлению гражданско-правовых отношений с пациентами

Правильное оформление документов между пациентами и медицинскими организациями облегчает работу самой организации и служит универсальным механизмом, оптимизирующим официальные взаимоотношения с потребителями медицинских услуг. Распространенным заблуждением считают мнение о том, что при подписании пациентом добровольного согласия с полным перечислением всех осложнений и исходов медицинского вмешательства ответственности лечащего врача при наступлении неблагоприятного результата не наступает. При обнаружении в действиях врача профессиональных дефектов (ошибок, упущений) юридическая ответственность наступает независимо от наличия или отсутствия письменного согласия пациента, даже содержащего предупреждение о возможности неблагоприятного исхода.

Оформляя письменное согласие, лечебное учреждение тем самым обеспечивает соблюдение в отношении обратившегося пациента лишь одного права — на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Законодательство РФ содержит большой перечень прав пациентов, одним из важнейших из них является право на качественную и безопасную медицинскую помощь.

Действующее законодательство требует обязательного письменного оформления двух документов, подписываемых пациентами:

- информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства (статья 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ);
- информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство лица, страдающего психическим расстройством (статья 11 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

Приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н утверждены порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства.

Согласно части 9 статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

- 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в части 2 настоящей статьи);
- 2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- 3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;
- 4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);
- 5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

Частью 10 данной статьи предусмотрено, что решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя принимается:

- 1) в случаях, указанных в пунктах 1 и 2 части 9 настоящей статьи, — консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, — непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица, которое указано в части 2 настоящей статьи и в отношении которого проведено медицинское вмешательство, либо судом в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации;
- 2) в отношении лиц, указанных в пунктах 3 и 4 части 9 настоящей статьи, — судом в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации.

Таким образом, необходимо предостерегать лечащих врачей от формализованного подхода к оформлению документов, особенно в отношении больных, не способных критически воспринимать свое состояние, например находящихся в алкогольном опьянении, с расстройством психики и т.п. Требуя скорейшей выписки из стационара, такие пациенты готовы подписать любые бумаги, при этом часто не осознавая опасности своего состояния. В этой ситуации медицинскому персоналу следует применять любые приемы убеждения для осуществления необходимых лечебных мероприятий. Даже при жалобе больного на то, что его «насильно» вывели, ответственность врача будет меньше, чем за неоказание помощи больному, неспособному из-за заболевания адекватно оценить тяжесть своего состояния.

Номенклатура. Название специальности и должностей

Постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» предусмотрено лицензирование медицинской деятельности по специальности «анестезиология и реаниматология».

В соответствии с данным требованием медицинская организация обязана получить лицензию на осуществление указанных услуг.

Официальные наименования врачебных специальностей и должностей содержатся в Номенклатуре должностей медицинских работников и фармацевтических работников, утвержденной приказом Минздрава России от 20.10.2012 № 1183н.

В указанной Номенклатуре предусмотрены должности «врач-анестезиолог-реаниматолог» и «медицинская сестра-анестезист».

Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» утверждены приказом Минздрава России от 08.10.2015 № 707н.

О квалификационных требованиях по специальности «анестезиология и реаниматология» было сказано выше.

Квалификационная категория, повышение квалификации

Присвоение квалификационной категории регулируется приказом Минздрава России от 23.04.2013 № 240н «О Порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории».

По данному нормативному документу аттестация проводится один раз в пять лет. Присвоенная квалификационная категория действительна на всей территории Российской Федерации в течение пяти лет со дня издания распорядительного акта о присвоении (пункт 5 Порядка).

При аттестации оцениваются теоретические знания и практические навыки, необходимые для выполнения профессиональных обязанностей по соответствующим специальностям и должностям, на основе результатов квалификационного экзамена (пункт 7 Порядка).

Статьей 196 ТК РФ закреплена обязанность работодателя проводить повышение квалификации работников, если это считают условием осуществления работниками определенных видов деятельности.

Повышение квалификации для работника происходит бесплатно.

В статье 187 ТК РФ указано, что при направлении работника на повышение квалификации с отрывом от работы за ним сохраняют место работы (должность) и среднюю заработную плату.

Прохождение специализации (новой специальности) возможно только на договорной основе с работодателем и требует от работника выполнения определенных обязательств, например отработать после специализации несколько лет в учреждении здравоохранения, финансировавшем его обучение (статьи 57 и 197 ТК РФ).

Трудовые отношения (трудовой договор, трудовые права работников в сфере интенсивной терапии и реанимации)

Трудовой договор заключается только в письменной форме (статья 67 ТК РФ), которую считают надежной гарантией от возможных споров, связанных с уяснением его содержания. Работники, с которыми (по какой-либо причине) не был заключен трудовой договор в письменной форме, имеют право потребовать от работодателя оформления трудовых отношений в письменной форме, и работодатель обязан это сделать. Как правило, в медицине трудовые договоры заключаются на неопределенное время, основания для заключения срочного трудового договора перечислены в статье 59 ТК РФ.

Трудовые права врачей, фельдшеров, медицинских сестер анестезиологической и реанимационной служб аналогичны трудовым правам других медицинских работников и не имеют каких-то особенностей. Отличия заключаются непосредственно в трудовых функциях работников в зависимости от занимаемой должности.

Телемедицина

С 01.01.2018 вступил в силу Федеральный закон от 29.07.2017 № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья» (принят Государственной Думой 21.07.2017, одобрен Советом Федерации 25.07.2017). В его разъяснение с более подробной информацией вышел приказ Минздрава России от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (зарегистрировано в Минюсте России 09.01.2018 № 49577). В данном приказе подробно изложены следующие позиции, являющиеся крайне важными в деятельности врача-анестезиолога-реаниматолога: правила организации медицинской помощи с применением телемедицинских технологий; виды, условия и формы оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий; консультации (консилиумы врачей) при оказании медицинской помощи в режиме реального

времени, отложенных консультаций; доступность оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий; порядок проведения консультаций (консилиумов врачей) при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной формах с применением телемедицинских технологий; порядок проведения консультаций (консилиумов врачей) при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой при оказании медицинской помощи в плановой форме с применением телемедицинских технологий; порядок проведения консультаций при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой с применением телемедицинских технологий в целях вынесения заключения по результатам диагностических исследований; порядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями; дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента; документирование и хранение информации, полученной по результатам оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

В настоящее время на рассмотрении находится приказ «О внесении изменений в номенклатуру медицинских услуг, утвержденную приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н», в котором вводятся дополнительные медицинские услуги, а именно: консультация врача-анестезиолога-реаниматолога, трансфузиолога, токсиколога и других специалистов с применением телемедицинских технологий.

Профессиональный стандарт «Врач-анестезиолог-реаниматолог»

Профессиональный стандарт «Врач-анестезиолог-реаниматолог», утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27.08.2018 № 554н, вступил в силу 28.09.2018. Профессиональный стандарт является характеристикой квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности. Обязательность профессионального стандарта к применению регламентируется частью 2 статьи 57 ТК РФ. Поскольку с выполнением работ по медицинским должностям связано предоставление компенсаций и льгот либо наличие ограничений, то квалификационные требования к ним должны соответствовать требованиям, указанным в квалификационных справочниках или профессиональных стандартах.

Стандарт регламентирует, кто может занимать должность врача-анестезиолога-реаниматолога. Для занятия должности врача-анестезиолога-реаниматолога необходимо получить высшее медицинское образование — специалитет по специальности «лечебное дело» или «педиатрия» и освоить программу ординатуры по специальности «анестезиология-реаниматология» в части, касающейся профессиональных компетенций, соответствующих обобщенной трудовой функции кода В профессионального стандарта «врач-анестезиолог-реаниматолог». После подготовки в интернатуре/ординатуре по специальности «неонатология» или «нефрология» допускается также пройти профессиональную переподготовку по специальности «анестезиология-реаниматология». К особым условиям допуска к работе относятся наличие сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста по специальности «анестезиология-реаниматология», прохождение обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований), а также внеочередных медицинских осмотров (обследований) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Федерации, и отсутствие ограничений на занятие профессиональной деятельностью, установленных действующим законодательством Российской Федерации.

Для работы в бригаде скорой помощи необходимо освоить программу ординатуры по специальности «анестезиология-реаниматология» в части, касающейся профессиональных компетенций, соответствующих обобщенной трудовой функции кода А профессионального стандарта «врач-анестезиолог-реаниматолог». К особым условиям допуска к работе относятся допуск к работе в должности «врач-анестезиолог-реаниматолог» в составе специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации, в том числе педиатрической, и в составе авиамедицинской выездной бригады скорой медицинской помощи; прохождение обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований), а также внеочередных медицинских осмотров (обследований) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, и отсутствие ограничений на занятие профессиональной деятельностью, установленных действующим законодательством Российской Федерации.

К другим характеристикам врача-анестезиолога-реаниматолога отнесено следующее: с целью профессионального роста и присвоения квалификационных категорий — дополнительное профессиональное образование (программы повышения квалификации и профессиональной переподготовки); формирование профессиональных навыков через наставничество; стажировка; использование современных дистанционных образовательных технологий (образовательный портал и вебинары); тренинги в симуляционных центрах; участие в съездах, конгрессах, конференциях, мастер-классах и других образовательных мероприятиях; соблюдение врачебной тайны, клятвы врача, принципов врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их законными представителями) и коллегами, требований нормативных правовых актов в сфере охраны здоровья граждан, определяющих деятельность медицинских организаций и медицинских работников, программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

К обобщенным трудовым функциям врача-анестезиолога-реаниматолога относят: код А (оказание скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации) и код В (оказание специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» в стационарных условиях и условиях дневного стационара).

В рамках обобщенных трудовых функций выделяются следующие трудовые функции.

Код А — 3.1.1. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний, требующих оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации (код А/01.8); 3.1.2. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации, контроль его эффективности и безопасности (код А/02.8); 3.1.3. Ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала (код А/03.8).

Код В — 3.2.1. Проведение обследования пациента с целью определения операционно-анестезиологического риска, установления диагноза органной недостаточности (код В/01.8); 3.2.2. Назначение анестезиологического пособия пациенту, контроль его эффективности и безопасности. Искусственное замещение, поддержание и восстановление временно и обратимо нарушенных функций организма, при состояниях, угрожающих жизни пациента (код В/02.8); 3.2.3. Профилактика развития осложнений анестезиологического пособия, искусственного замещения,

поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма, при состояниях, угрожающих жизни пациента (код В/03.8); 3.2.4. Назначение медицинской реабилитации и контроль ее эффективности (код В/04.8); 3.2.5. Проведение медицинских экспертиз при оказании медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» (код В/05.8); 3.2.6. Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала (код В/06.8).

В каждой трудовой функции расписаны трудовые действия, необходимые умения и знания врача-анестезиолога-реаниматолога.

Список литературы

1. Горбачев В.И., Молчанов И.В. Анестезиолог-реаниматолог: лечащий врач или нет? // Мед. право. 2017. № 3. С. 11–16.
2. Горбачев В.И. Некоторые вопросы нормативного регулирования организации реанимационной помощи в медицинских организациях // Менеджер здравоохранения. 2014. № 4. С. 31–38.
3. Горбачев В.И., Антипина Л.Г., Горбачева С.М. Об организационных вопросах оказания анестезиолого-реанимационной помощи детскому населению // Менеджер здравоохранения. 2014. № 12. С. 6–12.
4. Нетесин Е.С., Горбачев В.И. Нормативное регулирование деятельности службы анестезиологии и реанимации в Российской Федерации: история развития // Менеджер здравоохранения. 2015. № 9. С. 44–54.
5. Сумин С.А. Организация анестезиолого-реанимационной помощи в Российской Федерации // Анестезиология-реаниматология: учебник для подготовки кадров высшей квалификации : в 2 т. Т. I / С.А. Сумин, К.Г. Шаповалов [и др.]. М. : ООО Издательство «Медицинское информационное агентство», 2018. С. 64–73.
6. Старченко А.А., Сумин С.А. Юридические аспекты медицинской деятельности // Анестезиология-реаниматология : учебник для подготовки кадров высшей квалификации : в 2 т. Т. I / С.А. Сумин, К.Г. Шаповалов [и др.]. М. : ООО Издательство «Медицинское информационное агентство», 2018. С. 74–108.

1.2. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАТОЛОГИИ

П.Г. Габай, Д.Н. Проценко

Введение

Врач-анестезиолог-реаниматолог и медсестра ОРИТ несут юридическую ответственность за те действия, которые, согласно существующим нормативным документам, входят в их обязанности и компетенцию. Вкратце коснемся основных форм юридической ответственности.

Ответственность не возникает за последствия лечения. Для наступления ответственности любой формы необходимо одновременное стечение целого ряда обстоятельств, при том что стержневым является противоправность действий (бездействия) медицинского работника. В юриспруденции это называется составом правонарушения. Правонарушения также неоднородны и делятся на две большие группы: проступки и преступления. Проступки медицинских работников лежат преимущественно в плоскости гражданского, административного и трудового законодательства, а вот преступления относятся уже к уголовной сфере. Преступления в сфере здравоохранения обычно характеризуются наступлением

наиболее опасных последствий, то есть причинением тяжкого вреда здоровью или смерти человеку. Также в действиях врача должна присутствовать вина — основа основ любого обвинения, которая может проявляться в форме умысла или неосторожности. В отличие от уголовной гражданская ответственность может наступить и при отсутствии вины медицинской организации и ее работников.

Медицинские работники редко привлекаются к административной ответственности, основным субъектом этой формы ответственности является медицинская организация или ее должностные лица. Часто административную ответственность путают с гражданско-правовой ответственностью, так как обе — не уголовные. Однако это две разные формы ответственности. Гражданско-правовая ответственность наиболее распространена и наступает за причинение вреда конкретному индивиду. За последние годы количество так называемых медицинских дел резко увеличилось, и пациенты, недовольные результатами лечения, все чаще обращаются в гражданские суды за компенсацией имущественного и морального вреда.

Медицинские работники также могут быть привлечены к дисциплинарной или материальной ответственности: в первом случае за совершение дисциплинарного проступка, во втором — за причинение ущерба работодателю. Однако такие формы ответственности касаются правоотношений врача и работодателя и прямо не затрагивают пациентов.

Перечислим базовые нормативные правовые акты и иные источники, регулирующие оказание медицинской помощи в ОРИТ.

1. Конституция Российской Федерации.
2. Гражданский кодекс Российской Федерации.
3. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
5. Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».
6. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
7. Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 909н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «анестезиология и реаниматология».
8. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология».
9. Письмо Минздрава России от 30.05.2016 № 15-1/10/1-2853 «О правилах посещения родственниками пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии».

Объективно высокий уровень летальности и другие сложности профессии

Сложнейший комплекс реанимационных мероприятий во имя спасения жизни больного — первое, что приходит в голову при слове «ОРИТ». И действительно, главное предназначение реанимации — оказание экстренной и неотложной медицинской помощи пациентам при угрожающих жизни состояниях. Во всем мире работа врачей-анестезиологов-реаниматологов справедливо отнесена к одной из самых сложных врачебных специальностей, требующей не только высочайшего уровня знаний и умений, но и беспрецедентной нервно-психологической

устойчивости. Работа в постоянном стрессе, объективно высокий уровень летальности и другие сложности профессии анестезиолога-реаниматолога приводят к жесточайшему профессиональному выгоранию. Многие просто уходят из специальности, продолжая работать в более комфортных и спокойных направлениях медицины. И не случайно, ведь помимо вышеуказанных проблем анестезиологи-реаниматологи лидируют по частоте привлечения к уголовной ответственности среди медицинских работников иных специальностей. Идентичная картина сложилась и в гражданском судопроизводстве — пациенты и их родственники регулярно предъявляют широкий ряд имущественных требований по поводу медицинской помощи, оказанной в отделениях реанимации.

Именно юриспруденция и является зачастую тем самым мерилom «добра» и «зла», правовая оценка которого представляется столь откровенно неуместной в условиях реанимации и интенсивной терапии. Однако современная медицина — это не только необходимость оказывать надлежащую медицинскую помощь, но и обязанность принимать сопутствующие правильные медико-правовые решения, нередко в сложных условиях и ограниченных временных рамках. Такая диспозиция привела к множеству юридических и практических вопросов, с которыми сталкиваются как пациенты, так и работники сферы здравоохранения, в контексте настоящей статьи — работники ОРИТ.

Медицинская юриспруденция возникла благодаря медицине и для медицины, то есть для обслуживания ее нужд и потребностей — решения определенных задач и минимизации рисков. Однако при, казалось бы, очевидности сказанного имеет место определенный антагонизм медицины и права, который заключается в первую очередь в демонстративной псевдонезависимости одного от другого вместо взаимодополняемости. Этот «конфликт» на самом деле затрагивает не две, а три стороны. Третья сторона — это пациенты, интересы которых также должны учитываться. Именно их жизнь, здоровье и иные потребности — приоритет в сфере оказания медицинской помощи.

Отказ от реанимации

У этого вопроса сложная юридическая и морально-этическая составляющая. Основная сложность заключается в смешении таких отказов и эвтаназии, которая, как известно, запрещена в Российской Федерации и преследуется Уголовным кодексом. С одной стороны, пациент наделен правом на дачу отказа от медицинского вмешательства и правом на свободу и личную неприкосновенность, но, с другой стороны, конституционно запрещено произвольное лишение человека жизни и основным ограничением права на жизнь является смертная казнь. Отсюда и возник запрет эвтаназии, четко обозначенный в статье 45 Федерального закона об основах охраны здоровья граждан в РФ. Таким образом, получается, что юридически человек не обладает правом на смерть. Несмотря на то что самоубийство не считается уголовным преступлением, оно все-таки запрещено на законодательном уровне, в том числе и эвтаназия, которая иначе носит название «ассистированный суицид».

Еще одна сложность заключается в том, что не любой отказ пациента от оказания медицинской помощи, в том числе и тот, что неминуемо приближает смерть, следует квалифицировать как эвтаназию. То же касается и действий медицинских работников. Существуют законные основания для неоказания медицинской помощи пациенту, в том числе в ситуации, когда это неминуемо влечет за собой смерть пациента. Именно поэтому всю совокупность случаев следует разделить на три части: а) эвтаназия; б) отказ пациента от медицинского вмешательства, следствием которого является смерть пациента, и в) законные основания

для неоказания пациенту медицинской помощи, которое неминуемо повлечет за собой смерть пациента. Третий случай касается реанимационных мероприятий, которые при определенных законом условиях прекращаются или не проводятся вовсе. Первое — незаконно, второе и третье может находиться в рамках правового поля. Безусловно, граница между ними очень тонкая, однако можно и следует выделить точные юридические критерии этих понятий, это даст возможность правильно квалифицировать каждую ситуацию.

Под эвтаназией, согласно статье 45 ФЗ № 323, понимается просьба пациента об ускорении смерти каким-либо средством, действием или бездействием. Целью эвтаназии является приближение момента смерти. Медицинским работникам запрещено следовать таким просьбам под угрозой обвинения в убийстве по статье 105 УК РФ. Вопреки заблуждениям, эвтаназия не преследуется по статье 124 УК РФ «Неоказание помощи больному», так как она подразумевает неосторожную форму вины, в то время как эвтаназия характеризуется умышленными действиями.

Что касается *отказа пациента от медицинского вмешательства*, то это право любого пациента, предоставленное ему законом. Отказываясь от вмешательства в экстренной или неотложной форме, пациент совершенно законно реализует свое конституционное право на неприкосновенность личности и на достоинство личности. Целью отказа не является приближение смерти, это может быть любой мотив, например религиозные соображения, нежелание рисковать, испытывать боль и др. Таким образом, между отказом и смертью пациента нет прямой причинно-следственной связи, она косвенная — целью отказа не является приближение смерти. Отказ от экстренной медицинской помощи и эвтаназия представляют собой различные юридические события, между которыми недопустимо ставить знак равенства, несмотря на качественно идентичные последствия. И если при отказе от вмешательства пациентом не была высказана просьба об ускорении смерти какими-либо действиями, бездействием или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни, то такой отказ не должен квалифицироваться как эвтаназия.

Современная судебная практика подтверждает тот факт, что пациент имеет законную возможность реализовать свое право на отказ от медицинского вмешательства, необходимого даже для спасения его жизни. Также суды подтвердили и то, что врачи не имеют права оказывать медицинское вмешательство вопреки воле пациента. По данному вопросу существует конкретная и российская, и международная судебная практика — практика Европейского суда по правам человека и практика мировых судов. Такие судебные решения в совокупности с нормами законодательства позволяют сделать вывод: суицид хоть и запрещен, но не наказуем; медицинское вмешательство, которое не проводится против воли пациента, не является эвтаназией, так как со стороны пациента не было просьбы приблизить смерть.

Категории пациентов и представители пациента

Деление пациентов только лишь на несовершеннолетних и совершеннолетних, недееспособных и дееспособных не может отразить полноценно все социально-юридические категории пациентов, что в свою очередь является основой корректной дифференциации полномочий пациента в сфере предоставления ему медицинских услуг. Попробуем более полно отразить классификацию категорий пациента: 1) несовершеннолетние пациенты: малолетние (от 0 до 14 лет) и недееспособные (от 14 до 18 лет); 2) совершеннолетние пациенты: ограниченные судом в дееспособности, недееспособные по решению суда и дееспособные пациенты (то есть обыкновенные совершеннолетние пациенты). У каждой группы пациентов, за исключением последней, имеются свои различные категории законных

представителей — родители, усыновители, опекуны или попечители. У каждого законного представителя должен быть свой набор документов, удостоверяющий его статус и полномочия.

В отношении каждой группы пациентов существуют юридические особенности в реализации их прав и в оформлении с ними правоотношений. Так, например, законный представитель малолетнего пациента полностью представляет его права и интересы в медицинской организации: дает согласия на медицинские вмешательства или отказы от них, при необходимости подписывает договор об оказании медицинских услуг и иные документы. Однако недееспособный пациент с 14 лет уже наделен правом самостоятельного вступления в сделки с письменного согласия законных представителей, то есть пациенты в возрасте от 14 до 18 лет сами подписывают договор об оказании медицинских услуг, при этом право дачи согласия на медвмешательство у данной категории пациентов появляется по общей норме только с 15 лет.

Зачастую происходит *некорректное смешение законных представителей пациентов и их представителей по доверенности*, а ведь последние имеют куда более ограниченный набор прав. Напомним, что законными представителями являются только родители, усыновители, опекуны или попечители, полномочия которых определены непосредственно самим законом. Представительство по доверенности, в свою очередь, крайне востребовано при лечении детей и пожилых пациентов. В первом случае родители нередко стремятся делегировать полномочия по принятию медицинских решений бабушкам, дедушкам, няням и иным лицам. Во втором случае пожилые родители стремятся своевременно оформить доверенность на своих уже взрослых детей или даже внуков, которые фактически общаются с докторами, принимают большинство решений и оплачивают лечение. Несмотря на очевидность полномочий представителя по нотариальной доверенности, в сфере оказания медицинской помощи они имеют ряд особенностей и ограничений.

Первая проблема заключается в том, что ФЗ № 323 предоставляет только пациенту или его законному представителю право дачи согласия либо отказа от медицинского вмешательства, а, следовательно, представители по доверенности исключены из данной нормы. Однако имеются и другие ограничения. Право человека распоряжаться своей жизнью и здоровьем сугубо личное, оно неотчуждаемо и не может быть передано по доверенности. Таким образом, доверенность не может и не должна включать право дачи вместо пациента согласия или отказа от медицинского вмешательства. Такое ограничение гражданского законодательства было подтверждено и ответами компетентных ведомств.

За редким исключением нотариусы не заверяют подобные доверенности, а так называемые генеральные доверенности не имеют юридической ценности в контексте рассматриваемых правоотношений. Такие доверенности дают право распоряжаться имущественными правами пациента (например, заключить от его имени договор), но не его жизнью и здоровьем. Следовательно, согласия или отказы от медицинских вмешательств не могут оформляться с представителем по доверенности. Иное должно квалифицироваться как нарушение законодательства, а оформленные таким образом согласия и отказы не несут юридической значимости, так как даны лицом, не имеющим соответствующих полномочий для принятия подобного рода решений. Такое законодательное ограничение связано, по всей видимости, с целым комплексом морально-этических и даже финансовых вопросов, среди которых значимы вопросы наследства и др. Поэтому случаи такого лечения по доверенности, особенно с летальными исходами, могут стать предметом острого внимания и пристальной оценки следственных и правоохранительных органов.

Таким образом, не каждый родственник является представителем пациента и не каждый представитель является законным. Права законного представителя

и представителя на основании доверенности сильно разлизгаются. Безусловно, эти факторы играют важную роль при принятии решений относительно оказываемой пациенту медицинской помощи, ведь зачастую родственники являются единственным проводником между врачом и пациентом, находящимся в ОРИТ, неспособным выразить свою волю. Однако далеко не все родственники имеют фактическое право принимать решения относительно жизни и здоровья пациента, а, следовательно, врачу следует в первую очередь ориентироваться на нормы законодательства.

Если имеется острая потребность в фактическом полноценном представительстве пациента в медицинской организации, то единственным адекватным выходом является оформление соответствующего опекуна. Однако такая схема годна лишь при лечении пожилых пациентов, страдающих психическими расстройствами, в силу которых имеются основания для признания их недееспособными. Применение данной схемы в отношении детей проблематично по целому ряду причин, но в ходе амбулаторного лечения детей может быть применена другая методика, отчасти также способная «упростить жизнь» родителей — родитель дает согласие на план лечения ребенка, а также на его дальнейшее сопровождение иными лицами в период реализации согласованного плана лечения. При стационарном лечении такая схема вряд ли применима, поэтому врачами должен строго соблюдаться законодательный принцип дачи согласия или отказа непосредственно законным представителем ребенка (до 15 лет по общей норме).

Способность и неспособность пациента выразить волю

Определение способности пациента выразить свою волю напрямую влияет на юридическую значимость принимаемых им решений, производимых действий и оформляемых документов. В контексте настоящей статьи основной акцент сделан на способность пациента давать согласие на проведение медицинского вмешательства или отказ от него. Закон хоть и оперирует понятием «способность пациента выразить волю», но не предлагает каких-либо точных характеристик этого состояния. Тем не менее, исходя из анализа всего массива норм, можно сделать вывод, что неспособность пациента выразить свою волю может быть представлена в двух формах: социальная и физиологическая неспособность выразить волю. К физиологической неспособности можно отнести целый ряд состояний: неадекватность, бессознательное состояние, спутанное сознание, кома, наркоз, клиническая смерть. Однако помимо физиологической может иметь место и социальная неспособность пациента выразить волю. В первую очередь это касается пациентов, не достигших определенного законом возраста, а также недееспособных пациентов, признанных таковыми по решению суда. Что касается возрастных ограничений, то с 15-летнего возраста по общей норме пациенты имеют право самостоятельно принимать решения относительно проведения или непроведения медицинских манипуляций и с данного момента воля и желание их законных представителей не имеют юридической силы. Таким образом, способность пациента выразить свою волю напрямую связана с его фактическим и юридическим полномочием давать согласие или отказываться от медицинского вмешательства.

Дополнительно стоит отметить некоторую *особенность оформления согласий и отказов от вмешательств с недееспособными пациентами, признанными таковыми по решению суда вследствие наличия у них психического расстройства.* Такие пациенты, несмотря на свой статус, не абсолютно лишены законодателем права воли и, согласно нормам закона, имеют право самостоятельно давать согласия и отказы от медицинских вмешательств, если они способны на это по своему состоянию. Если не способны, то это делает их законный представитель — опекун. Такая

позиция законодателя представляется нам оправданной и гуманной. На практике, однако, все вопросы в основном решаются с законными представителями недееспособных пациентов, что вполне обосновано ввиду их статуса и фактической неспособности большинства из них отдавать отчет своим действиям и руководить ими. Однако по факту некоторые из таких пациентов могут быть вполне адекватными, например в период стойкой ремиссии. В такой ситуации врач имеет законное право опираться на мнение не только опекуна пациента, но и самого больного. Особенно это актуально для ситуации, когда мнения опекуна и самого пациента не совпадают (например, пациент отказывается от медицинского вмешательства, а опекун согласен, или наоборот). В рамках работы ОРИТ возможно смоделировать такую ситуацию — пациент хочет получить помощь, при том что его поведение и реакции вполне адекватны, а законный представитель настаивает на отказе и хочет забрать пациента домой. Врачи в данном случае имеют законную возможность оказать пациенту помощь, несмотря на отказ его опекуна. При этом крайне важным представляется корректная оценка и документальное оформление состояния пациента на предмет его способности дать такое согласие. Считается, что наилучший способ — протокол консилиума врачей, в идеале — с привлечением врача-психиатра.

Что касается *пациентов, ограниченных судом в дееспособности (вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами)*, то за ними сохраняется право самостоятельно принимать решения относительно медицинских вмешательств, несмотря на наличие у них законного представителя (попечителя).

Неадекватность пациента

В практической деятельности врачи нередко сталкиваются с несколько неадекватными пациентами. Такая неадекватность может быть как в силу острой фазы заболевания, так и в силу иных причин (под действием наркотических анальгетиков, врожденная «чудинка» и др.). Безусловно, такое состояние пациента порой дает основание усомниться в отсутствии порока его волеизъявления. Для минимизации рисков рекомендуется созыв врачебного консилиума в целях оценки физиологической способности/неспособности пациента выражать свою волю. Одним из вопросов консилиума должно являться установление психического статуса пациента, что можно рассматривать как неотъемлемую и необходимую часть установления состояния здоровья пациента, а также определения тактики дальнейшего медицинского обследования и лечения. Консилиум по возможности должен включать в себя участие психиатра или невролога.

Способность пациента выражать свою волю приобретает дополнительную значимость в ситуации экстренного оказания медицинской помощи. Ведь согласно статье 20 ФЗ № 323 в ситуации экстренного медицинского вмешательства для устранения угрозы жизни пациента, неспособного выразить свою волю (при отсутствии у него законных представителей), решение об оказании ему медицинской помощи может быть принято консилиумом врачей, а если собрать консилиум невозможно, то дежурным или лечащим врачом. Для правильной квалификации ситуации важным является не только правильное определение формы оказания медицинской помощи — экстренная или неотложная, но и корректная фиксация состояния пациента в медицинской документации, особенно если пациент физиологически неспособен выразить свою волю.

Описанная выше схема с участием консилиума представляется наиболее оправданной и юридически корректной. Если консилиум признает пациента неспособным выразить волю, то возможно оказание ему медицинской помощи вопреки его отказу. Однако это возможно только при оказании экстренного медицинского

вмешательства для устранения угрозы жизни пациента и если у такого пациента нет законных представителей. В рамках одного консилиума целесообразно зафиксировать и физиологическую неспособность пациента выражать волю, и решение консилиума об оказании ему экстренной медицинской помощи. Если оказывается неотложная медицинская помощь, а пациент социально способен выразить волю (то есть у него как факт отсутствуют законные представители), то законных оснований для оказания ему помощи без его фактического письменного согласия не имеется.

Нередко врачи задаются вопросом правильной оценки состояния пациента под действием наркотических средств. Является ли это состоянием физиологической неспособности выразить волю? Законно ли оформление с пациентом в таком состоянии согласия на медицинское вмешательство? К сожалению, такие вопросы не имеют однозначного ответа, потому как оценка такого состояния пациента всегда сугубо индивидуальна: действие наркотических анальгетиков может быть терапевтическим и суды обычно не видят в этом препятствия для выражения пациентом своей воли, однако в основном такие решения зиждутся на результатах последующей экспертизы и на записях в медицинской документации. При рассмотрении такой категории дел судами или следствием обычно назначается психиатрическая или психолого-психиатрическая экспертиза, в задачи которой входит оценка состояния пациента на предмет способности повлиять на свободу волеизъявления, его способности правильно воспринимать окружающую действительность и понимать характер и значение своих действий.

Поэтому в данной ситуации возможны два варианта минимизации рисков: 1) выждать время, когда пациент будет в точном и ясном сознании и способности выражать свою волю; 2) квалифицировать ситуацию как экстренную и оказать помощь по решению консилиума врачей в порядке статьи 20 ФЗ № 323 с дополнительной оценкой физиологической неспособности выразить свою волю.

Отказ пациента от медицинского вмешательства и порядок его оформления

Важно помнить, что пациент, за редким исключением, имеет право и на отказ от лечения, но такой отказ должен быть соответственно оформлен. Особенно это актуально для случаев оказания экстренной и неотложной медицинской помощи, когда отказ пациента может повлечь за собой неблагоприятные последствия и даже летальный исход. В связи с этим крайне рекомендуется оформлять с пациентом или его законным представителем грамотный документированный отказ, соответствующий всем критериям полноты информации, отраженной в ФЗ № 323. Плюс протокол консилиума врачей, свидетельствующий о способности пациента на определенный момент времени выражать свою волю, а также фиксирующий факт отказа пациента, несмотря на его информирование о возможных последствиях такого отказа. Безусловно, все эти последствия должны быть изложены в бланке отказа. Использование типовых бланков согласий и отказов пациентов от медицинских вмешательств лучше их полного отсутствия, однако в последние годы они очевидно демонстрируют свою правовую несостоятельность, в первую очередь ввиду несоответствия критериям полноты информации, которая должна быть обеспечена врачом в рамках ФЗ № 323. Судебная практика последних лет подтверждает невозможность доказать факт предоставления такой информации пациенту, особенно если он отрицается последним. Безусловно, разработка полноценных бланков информированных добровольных согласий и отказов от медицинских вмешательств требует вложения сил и времени медицинской организации, однако это оправдано

современными законодательными нормами и растущей напряженностью отношений в сфере здравоохранения. Более того, отсутствие полноценного согласия, равно как и отказа автоматически переводит все неблагоприятные последствия и осложнения в категорию неправомерного вреда, то есть они по умолчанию квалифицируются как противоправные, если пациент не был проинформирован о возможных исходах и не давал соответствующего согласия. ИДС — своего рода «индальгенция» от обвинения в побочных эффектах и последствиях, естественно сопутствующих медицинскому вмешательству и мало зависящих от врача.

Отказы от медицинских вмешательств в отношении недееспособных детей до 15 лет (по общей норме) традиционно оформляются с их родителями или иными законными представителями. Однако порой наблюдается злоупотребление родительскими правами, приводящее к гибели ребенка вследствие отказа родителей от его лечения или от определенных манипуляций, например от переливания крови. Несмотря на то что, как уже было сказано выше, такие отказы допустимы с точки зрения законодательства и не должны квалифицироваться как эвтаназия, родители могут быть привлечены к уголовной ответственности за отказ от медицинской помощи, приведший к смерти пациента. В зависимости от ситуации законный представитель может быть привлечен к уголовной ответственности по статье 105 УК РФ за убийство, по статье 109 УК РФ за причинение смерти по неосторожности, по статье 125 УК РФ за оставление в опасности или по статье 156 УК РФ за неисполнение обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего.

Согласно статье 20 ФЗ № 323 медицинская организация имеет право при таких обстоятельствах выступить в защиту интересов недееспособного лица. Однако это ее право, а не обязанность. Такие дела рассматриваются судами в рамках упрощенного судопроизводства в срок до пяти дней и приводятся к немедленному исполнению. Обычно суды удовлетворяют такие иски и разрешают проведение медицинских вмешательств, необходимых для спасения жизни недееспособных пациентов без согласия их законных представителей. Однако до вынесения такого решения врач не имеет право оказывать медицинскую помощь без согласия законного представителя ребенка. То же самое касается и взрослого дееспособного пациента, выразившего отказ от медицинской помощи, однако средства судебного понуждения в данном случае не предусмотрены законодателем. Напомним, что отказ пациента или его законного представителя от медицинского вмешательства должен быть должным образом задокументирован с обязательным указанием последствий такого отказа.

Непроведение или прекращение реанимационных мероприятий

Для непроведения реанимационных действий существуют законные основания. Эта тема весьма сложная, так как неоказание помощи больному уголовно наказуемо. При этом реанимационные мероприятия могут не проводиться либо прекращаться в определенных случаях, зафиксированных в законе. Случаи описаны в статье 66 закона № 323, а также они отражены в постановлении Правительства РФ № 950 от 20.09.2012 «Об утверждении Правил определения момента смерти человека...». *Реанимационные мероприятия прекращаются* в случае признания их абсолютно бесперспективными, в законе определены всего три таких основания: неэффективность реанимации в течение 30 мин, отсутствие у новорожденного сердцебиения по истечении 10 мин с начала проведения реанимации и констатация смерти человека на основании смерти головного мозга (ГМ).

Что касается *непроведения реанимации*, то закон содержит только два таких основания — это состояние клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий

острой травмы, несовместимых с жизнью, или при наличии признаков биологической смерти человека. Таким образом, в трех случаях законодатель допускает прекращение реанимационных мероприятий до наступления момента смерти пациента, которым, согласно той же статье 66 ФЗ № 323, является момент смерти его мозга или его биологическая смерть.

Таким образом, фактически существуют основания для неоказания пациенту медицинской помощи, которое неминуемо повлечет за собой его смерть, однако это не является эвтаназией, запрещенной законом. Ситуация заключается в том, что норма о непроведении реанимационных мероприятий при указанных обстоятельствах носит императивный характер и не должна зависеть ни от воли врача, ни от воли пациента и его родственников. Однако не всегда имеются доказательства наличия такого основания, например, для непроведения реанимационных мероприятий. В первую очередь речь идет о пациентах паллиативного профиля, в отношении которых реанимация не проводится при состоянии клинической смерти. Врачу для принятия такого решения необходимы доказательства наступления клинической смерти именно на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний, то есть прогрессирующее неизлечимое заболевание должно быть достоверно установлено. В настоящее время имеется некоторая неопределенность в вопросе того, как и кем должно фиксироваться наличие у пациента такого заболевания. Авторы настоящей статьи склоняются к тому, что факт наличия у пациента прогрессирующего неизлечимого заболевания должен устанавливаться консилиумом врачей, а не врачебной комиссией, так как последняя на сегодняшний день не наделена правом признавать заболевание пациента неизлечимым. Представляется целесообразным указывать в протоколе консилиума также и то, что в случае прогрессирования заболевания, на основании определенных статей законодательных актов, реанимационные мероприятия не проводятся. С данным протоколом консилиума имеет смысл заранее ознакомить законных представителей пациента и других его родственников, дабы избежать в дальнейшем возможного недопонимания и конфликтов. Если же у пациента нет документально подтвержденного заключения о наличии неизлечимого заболевания, согласно императивной норме, реанимационные мероприятия должны проводиться, даже если клиническая картина подтверждает incurability больного.

Пациент как личность

Очевидно, что в ОРИТ все делается для оказания больному должной медицинской помощи, поэтому такие тонкие материи, как достоинство личности больного, зачастую отодвигаются на второй план. К таким морально-этическим аспектам медицины относят и эмпатию к пациенту, ведь антиподом любви является не ненависть, а равнодушие. Именно из равнодушия и вытекает все остальное, в частности и открытые ОРИТ для посещения родственниками.

Письмо Минздрава № 15-1/10/1-2853 от 30.05.2016 «О правилах посещения родственниками пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии» оперирует понятиями «прямые родственники» и «близкие родственники». Дословно указано следующее: посетители, не являющиеся прямыми родственниками пациента, допускаются в ОРИТ только в сопровождении близкого родственника (отца, матери, жены, мужа, взрослых детей). С юридической точки зрения письмо вызывает недоумение. Во-первых, муж и жена не являются родственниками, они члены семьи. Во-вторых, круг близких родственников, согласно Семейному кодексу, шире, нежели это указано в письме, а круг прямых родственников уже круга близких. В-третьих, такие ограничения представляются нам недопустимыми и ничем не оправданными. Более того, такие положения обязывают медицинскую

организацию принимать соответствующие меры по определению статуса таких родственников. Это подразумевает запрос документов, доказывающих родство, что в контексте простого посещения больного представляется достаточно абсурдным. Ни один нормативный акт не запрещает посещение ОРИТ родственниками или иными близкими людьми, в то время как письмо Минздрава не является нормативным правовым актом и носит рекомендательный характер.

Некоторые противники посещения пациентов в ОРИТ указывают на нарушение врачебной тайны других пациентов ОРИТ. Этот момент в совокупности с их периодическим недовольством от самого факта посещения соседей приводит к попыткам работников больницы ввести некоторые ограничения на посещения. Однако врачебную тайну в соответствии с действующим законодательством РФ составляют сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, а также иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении. Таким образом, при буквальном прочтении нормы закона нахождение пациента на лечении в медицинской организации не является обращением за медицинской помощью. В диспозиции нормы речь идет именно об обращении, а не о нахождении. Безусловно, найдутся и сторонники расширительной версии толкования термина «врачебная тайна», однако в любом случае отсутствует однозначное толкование данной нормы. Ширмирование при любых обстоятельствах является хорошим выходом в целях сохранения персональной информации пациентов ОРИТ и обеспечения комфорта посетителей.

Летом 2018 г. в Государственную Думу Российской Федерации был внесен законопроект, предусматривающий обязанность медицинских организаций обеспечивать условия посещения пациента родственниками в ОРИТ. Правила посещения ОРИТ будут разработаны и утверждены Минздравом.

Фиксация пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии

Большинство врачей-анестезиологов-реаниматологов (65,4%) отметили, что состояние психомоторного возбуждения в их практике встречалось у 40% пациентов, остальные 34,6% наблюдали его в 50–80% случаев. При этом 61,4% врачей-реаниматологов сообщили, что применение мер физического стеснения требовалось подавляющему большинству данного контингента пациентов (более 70%), остальные 36,8% считали необходимым применение подобных мер менее чем у половины таких пациентов (20–40%) [1]. Но вот насколько законна такая фиксация — об этом ниже.

О мерах физического стеснения говорится только в контексте мер обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи (часть 2 статьи 30 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»). Иные случаи применения фиксации пациента достаточно размыты и не определены законом в должной мере. Единственное косвенное упоминание о такой возможности содержится в порядках оказания медицинской помощи, а точнее — всего в одном из порядков. Наборы для мягкой фиксации конечностей входят в состав оснащения палаты (блока) реанимации и интенсивной терапии неврологического отделения *для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения* (Приложение № 3 к Порядку оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, утвержденному приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 928н). Данное положение названного Порядка возможно трактовать как допустимость применения мер фиксации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК), ведь

количество подобных наборов определяется не «по требованию», а по количеству коек. Однако перечень случаев, когда возможно применение наборов для мягкой фиксации, не определен обозначенным порядком оказания медицинской помощи. В связи с этим рекомендуется разработать внутренний документ медицинской организации, устанавливающий четкие основания и время фиксации пациента с ОНМК в ОРИТ.

Общий порядок оказания медицинской помощи детям по профилю «анестезиология и реаниматология» утвержден приказом Минздрава России от 12.11.2012 № 909н, взрослым — приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 919н. Однако в названных порядках оказания медицинской помощи нет какого-либо упоминания о мерах физического стеснения или фиксации пациентов. Несмотря на это, такие меры очевидно необходимы в отношении некоторых пациентов ОРИТ, в первую очередь для обеспечения их собственной безопасности. Однако, как видно из анализа нормативных правовых актов, применение мер физического стеснения пациентов совершенно не урегулировано. Одновременно с этим, по нашему мнению, их применение (по медицинским показаниям для обеспечения безопасности самого пациента) *возможно при соблюдении определенных требований* (некоторые из которых аналогичны тем, что определены Законом РФ от 02.07.1992 № 3185-1):

- перечень случаев, когда возможно применение мер физического стеснения, и порядок их применения должны быть зафиксированы во внутренних документах медицинской организации;
- применение мер физического стеснения и время их применения должны быть отражены в медицинской документации пациента;
- во время применения мер физического стеснения необходимо организовать наблюдение медицинского персонала за пациентом.

При этом нет необходимости учета мнения врача-психиатра при принятии решения о применении мер физического стеснения пациента в ОРИТ. Данное решение может самостоятельно приниматься лечащим врачом. Отметим, что причина, по которой пациент может нанести себе вред, в большинстве случаев кроется не в психиатрическом заболевании, а является кратковременным синдромом, лечение которого происходит вне рамок медицинской помощи по профилю «психиатрия».

Дополнительно сообщаем, что применение мер физического стеснения пациента ОРИТ не будет являться преступлением, предусмотренным статьей 127 УК РФ (незаконное лишение свободы), которое выражается в действиях по лишению лица возможности свободно, *по собственной воле* передвигаться в пространстве и определять место своего пребывания. Обсуждаемые пациенты ОРИТ находятся в состоянии так называемой кратковременной потери дееспособности, когда они не способны выразить свою волю (состояние комы, спутанное сознание, неадекватное состояние и др.). При этом медицинский персонал действует в интересах самого пациента (обеспечение безопасности пациента, создание условий, не допускающих травмирования пациента вследствие его же действий). Таким образом, волевой критерий в составе преступления отсутствует, в то время как действия врача законны и оправданны.

Однако, несмотря на это, для минимизации конфликтов медицинского персонала с пациентами ОРИТ и их родственниками рекомендуем фиксировать решение лечащего врача о применении мер физической фиксации в медицинской документации, а также соблюдать иные указанные выше требования. Дополнительно можно рекомендовать законодателю рассмотреть вопрос о внесении наборов для мягкой фиксации конечностей в стандарты оснащения структурных единиц медицинской организации и в порядке оказания медицинской помощи по анестезиологии и реаниматологии.