

лад и в порядке критики и самокритики ознакомили собравшихся со своими наблюдениями, дали анализ допущенных врачами ошибок и указали пути их устранения. Я обращаю на это особое внимание, ибо, к сожалению, у нас, работников здравоохранения, обстоит еще далеко неблагоприятно с критикой и самокритикой. Идеи живы, казовые настроения среди части врачей, боязнь „выносить сор из избы“. Мы должны всемерно бороться с круговой порукой, семейственностью, которые еще частенько у нас встречаются, добиться того, чтобы врачи научились большевистской критике и самокритике, чтобы они активно помогали советской общественности бороться с дефектами здравоохранительской работы и в первую голову с врачебными ошибками и преступлениями. Из этого не следует, что нужно превратить наше заседание в судилище отдельных врачей. Необходимо ознакомиться с фактическим материалом, дать ему углубленный анализ и указать пути устранения врачебных ошибок и преступлений.

Из Судебно-медицинского кабинета Казанского мединститута.

## Врачебные ошибки и врачебные преступления <sup>1)</sup>.

Проф. А. Д. Гусев.

„Судебные случаи, в которых требуется участие судебного врача, весьма часты; в большинстве из них от исследования врача и его мнения зависит все дальнейшее направление судебного процесса и даже самый приговор, так что во власть врача и на его ответственность поступают не только общественные интересы высокой важности, но и судьба, честь и даже жизнь отдельных лиц“.

Эти слова проф. Гофмана особенно должны быть отнесены к экспертизе в делах по обвинению врачей. Здесь действительно почти все дальнейшее направление судебного процесса зависит от экспертизы: профессиональная работа врача, его лечебные мероприятия, целесообразность их—для судебного работника далеко не всегда понятны и требуют детального разъяснения компетентной экспертизой.

Работники следствия и суда, не имея по вполне понятным причинам основательного знакомства с медициной, не знают и границ возможностей медицины. Часто в их глазах медицина является точной наукой, врач может и должен излечить каждую болезнь, а если результат лечения неудовлетворителен, то в этом виновен врач.

Др. Ижевский подчеркивает, что „в основе врачебных дел лежит естественная реакция на редкую и крайне болезненную первоначальную травму, которую испытывает каждый человек при смерти дорогого и близкого ему лица. Особенно сильна и тяжела бывает эта травма, когда смерть близкого человека наступает неожиданно, или после заболеваний, не внушавших ранее мысли о грозном состоянии больного, о неизбежности для него рокового конца. Здесь прежде всего у каждого человека является мысль и опасение, что не все было сделано для спасения больного, не были исчерпаны полностью все необходимые меры, а что и было сделано, то, может быть, было сделано неумело или небрежно и, следовательно, в смерти больного виновны лица, лечившие и

<sup>1)</sup> Доклад на пленарном заседании Научно-медицинской ассоциации.

ухаживавшие за ним. Эти переживания при гибели близких нам лиц настолько неизбежны и естественны, что и мы сами—врачи в подобных случаях не всегда освобождаемся от этого чувства и иногда переживаем то же самое, проходя мучительный путь самокритики или сомнения в силах и способностях наших товарищей, помогавших вам у постели дорогих нам лиц“.

Если уже врачи не всегда могут в подобных случаях критически отнестись к положению вещей, то что же можно требовать от лиц, не знакомых с медициной?

Обыкновенно, помимо возможностей медицины, совершенно не принимается в расчет и то, что медицина не только не является точной наукой, но она вместе с тем и искусство, а „от этого искусства, от знания, от ума и чутья врача“—как справедливо указывает профессор Эпштейн—„зависит очень многое, а так как врачи бывают людьми самых разнообразных дарований и опыта, то, конечно, очень и очень трудно установить рамки требований в каждом отдельном случае соприкосновения врача с больным“.

Но, с другой стороны, пельзя всегда и во всех случаях оправдывать и действия врачей. Судебно-медицинская экспертиза показывает, что в ряде случаев вина врачей несомненна, и эти случаи должны быть резко отграничены от случаев первой категории, где обвинение врача основывается на непонимании его роли.

Сейчас уже, казалось бы, не может быть и речи о том, нужна или нет экспертиза во всех врачебных делах, и хотя таковая не может быть отнесена к числу обязательных, предусмотренных примечанием 1-м к статье 63-й УК, но, так как для разрешения каждого врачебного дела необходимы специальные познания или в медицине или в особенностях условий работы врача в той или иной обстановке, то ясно, что в каждом врачебном деле при расследовании его или рассмотрения необходима экспертиза уже на основании текста самой 63-й статьи УК.

Положение судебно-медицинского эксперта в делах о привлечении врачей к ответственности крайне трудное—эксперту необходимо оценить не только действия врача, но и все условия, влияющие на работу врача, и лишь по совокупности этих данных делать тот или иной вывод. Экспертиза в этих случаях находится между двумя полюсами— с одной стороны следователь, с другой же стороны—обвиняемый врач. На основании своей вемалой уже практики врачебных дел я не могу всецело согласиться с мнением проф. Останкова, что следовательно всегда имеет уклон к обвинению.

Другое дело—обвиняемый врач. Вполне понятна психология обвиняемого, когда он всеми силами защищается от падающего на него обвинения. В этой борьбе обвиняемый пытается опровергнуть данные экспертизы, используя для этого все возможности, иногда даже пользуясь недопустимым методом извращения научных данных. Так, например, в одном случае врач заявил, что экспертиза неправа и ненаучна, так как она объясняет смерть потерпевшего параличем сердца,—„паралич сердца“, как заявил обвиняемый,—„не может быть причиной смерти, а представляет собой посмертное явление“ (Sic!).

Нельзя, конечно, согласиться с мнением, сейчас уже имеющим, правда, крайне мало сторонников, что врач в своей профессиональной работе никогда не бывает

виновным. Сейчас может быть поставлен лишь другой вопрос: когда и в чем может быть виновен врач и какие меры необходимы для предупреждения возможных ошибок и правонарушений врачей. Д-р Дембо ставит вопрос обратного порядка: „Что надо понимать под словами нормальное выполнение врачебных обязанностей? Какие нормы регулируют врачебную деятельность? Существуют ли они, или врач, как художник, сам себе свой высший суд?“ Наше законодательство, в отличие от дореволюционного законодательства, не имеет специального кодекса, предусматривающего все нормы деятельности врача. Между тем, по вполне справедливому заявлению д-ра Ижевского, „врачебная деятельность отличается такими специфическими особенностями, какие не встречаются ни в какой другой профессии, а взаимоотношения между врачом и больным настолько сложны, что для защиты интересов обеих сторон необходима регламентация этих сторон деятельности специальными статьями кодекса“.

Д-р Дембо тоже признает необходимость юридического оформления, хотя бы основного ядра, в вопросе об ответственности врачей, путем ли создания специальных статей в Уголовном кодексе, или путем инструктирования со стороны Верховного суда.

Противоположной точки зрения держится, например, тов. Нахимсон (председатель Ленинградского суда), который в своей речи в заседании Ленинградского Акшерско-гинекологического общества, останавливаясь на этом моменте, говорил: „Здесь указывается, что беда в том, что мы иногда не знаем, к какой статье УК отнести то или иное преступление, совершенное врачом. Смее уверить вас, что суд никогда не оказывается в этом отношении в затруднении. Он не нуждается в указании, какая именно статья подходит, а какая не подходит. Если вы только совершите преступление, то статью вам мы подберем“.

Но дело не только в подборе той или иной статьи, а дело и в том, чтобы каждый врач знал определенные правовые нормы. А знает ли он их сейчас? Конечно, нет, и поэтому приходится признать более правильной первую точку зрения.

Необходимо дать хотя бы приблизительное определение понятия о врачебных ошибках и врачебных преступлениях или правонарушениях, такое понятие, которое, будучи приемлемым как для юристов, так и для врачей, позволило бы в будущем ставить экспертизу именно на основании этого определения.

Надо отметить, что до сих пор еще, несмотря на детальную, казалось бы, разработку вопроса о врачебных ошибках, на наличие чрезвычайно большой литературы по вопросу об ответственности врачей, в сущности не положено резкой грани между врачебной ошибкой и врачебным преступлением.

Так, Марковия делит все случаи привлечения врачей к судебной ответственности на две группы. К первой он относит те, когда со стороны врача имеется в той или другой степени злой умысел, направленный к причинению вреда обществу или отдельному члену его, его халатность, небрежность.

Ко второй группе Марковия относит случаи без участия этих элементов, наоборот, в этой второй группе со стороны врача имеется желание даже избавить больного от настоящих и возможных в будущем страданий.

Проф. Эпштейн, отмечая, что исходным пунктом для судебной ответственности врача должен быть вред, причиненный больному, указывает три основных момента, определяющих возможность нанесения такого вреда: 1) неоказание врачебной помощи, 2) врачебные ошибки и 3) недобросовестное отношение к обязанностям врача при оказании им медицинской помощи.

Дембо говорит, что в основу определения ответственности врача надо положить понятие „врачебное действие“,—во-первых, оно должно предприниматься в целях излечения больного, во-вторых, должно быть признако медицинской наукой или, по крайней мере, вытекать из нее.

Эстерлен все упущения и погрешности врачей делит на следующие 8 групп: 1) отказ в оказании медицинской помощи, небрежное отношение к тяжело больному и оставление его без помощи; 2) неправильное лечение из-за ошибочного диагноза; 3) грубые ошибки в использовании правильно распознанной болезни; 4) упущение

необходимого вмешательства или приема; 5) распространение болезни по небрежности; 6) бессовестное экспериментирование над больным; 7) отравление медикаментами, путем небрежной замены или слишком высокой дозы; 8) выдача заведомо ложного свидетельства.

Не трудно заметить, что в этих определениях уже намечена грань между ошибкой и преступлением—так, первая группа Марковина, а также наличие в действиях врача первого или третьего моментов, отмеченных Эшгейном, должны характеризовать действия врача, как определенное нарушение законодательных норм, следовательно, как врачебное правонарушение. Но подобное определение все-таки не вполне отделяет ошибку от преступления. Например, в какую группу отнести аборт, произведенный в условиях домашней обстановки, если эта обстановка не вполне отвечает соответствующим требованиям? Здесь нет злого умысла, может не быть и заведомой небрежности. Трудно, пожалуй, говорить здесь и о недобросовестном отношении врача к оказанию им медицинской помощи. Нельзя такое производство аборта отнести ни к одной из групп, указанных Эшгейном.

Марковин в подобных случаях находит злой умысел, направленный к причинению вреда отдельному члену общества, почему и случаи привлечения врачей к ответственности по ст. 140-й за производство аборта в противосанитарных условиях, или если оно имеет вид промысла, относит к своей первой группе. Таким определением далеко не всегда можно согласиться, так как в подобных действиях врача далеко не всегда можно найти наличие несомненного „злого умысла“, направленного к причинению вреда.

Или, например, в какую группу следует отнести неправильные действия врача, причинившие вред больному, если причиной этих неправильных действий явилась неподготовленность врача?

Трудно, конечно, дать исчерпывающую характеристику врачебных ошибок и врачебных правонарушений, еще более трудно, если не сказать невозможно, точно разграничить эти две категории неправильных действий врача, так как они незаметно, без резкой границы, переходят одно в другое, но я все-таки на основании немого материала судебно-медицинской экспертизы попытаюсь это сделать.

В некоторых врачебных делах экспертиза сразу же имеет такие определенные данные, на основании которых она может вполне уверенно говорить о вине врача,—например, врач, имея полную возможность оказать неотложную помощь пострадавшему, не делает этого.

Но подобного рода врачебных дел очень мало, в большинстве же их перед экспертом стоит иной раз чрезвычайно сложная задача разрешения вопроса о действиях врача по целому ряду материалов. Обычно материалы дознания для разрешения этого вопроса недостаточны, и эксперт, прежде чем приступить к составлению заключения, должен помочь следователю в собирании всех необходимых дополнительных данных.

В этих случаях эксперт обычно в первую очередь думает о возможности врачебной ошибки, т. е. уголовно наказуемого деяния, и это имеет свое оправдание—практика показывает, что действительно большинство врачебных дел основано или на непонимании роли врача и его действий, или же на ложном представлении об абсолютной точности медицины, о том, что врач, добросовестно относящийся к своим обязанностям, всегда и во всех случаях должен излечить больного.

В силу этого вполне понятно, что в подобного рода делах в первую очередь возникает подозрение на возможную ошибку врача, если вообще

не окажется, что обвинения врача голословны и ни на чем не основаны. При дальнейшем анализе всех материалов — или это подозрение переходит в действительное признание действий врача, как возможной и допустимой ошибки, или же, наоборот, эксперт делает вывод, что в данном случае действия врача нанесли ущерб больному не из-за недостаточности медицинских данных, не из-за неблагоприятной внешней обстановки, но из-за его небрежности, халатности, невежества и т. д.

В сущности это будет уже несомненным врачебным преступлением, но пока еще экспертиза вполне не разобралась во всех материалах дела, не учла всех условий работы в каждом конкретном случае, до тех пор она и подобные действия определяет временно, как возможную ошибку врача.

Эта последняя категория действий врача в стадии начала экспертизы стоит на грани между действительной и допустимой ошибкой и правонарушением, и не всегда легко бывает достаточно точно определить, к какой именно группе следует отнести рассматриваемые действия врача.

И наше законодательство не даст точного определения подобных действий врача, почему чаще всего, после того как экспертиза даст заключение о том, что неправильные действия врача не обусловлены неточностью медицины, или методов исследования, или недостатками больного оборудования и т. д., следствие определяет подобные действия врача как „халатное отношение к исполнению своих обязанностей“ и подводит их под действие ст. ст. 109, 111 или 112 УК.

Как видно, в эту группу в начале следствия и экспертизы могут быть отнесены самые разнообразные действия врача, но из чисто практических соображений я полагал бы возможным, в виду известной неопределенности данных начала следствия, а также невозможности для эксперта сразу же дать определение действий врача, как „ошибки“, или как „преступления“ — охарактеризовать всю эту чрезвычайно обширную группу наименованием „подозреваемой“ или „сомнительной“ врачебной ошибки.

Часть подобных неправильных действий врача в конце следствия и экспертизы, несомненно, будет отнесена или к врачебным ошибкам, или к врачебным преступлениям, но некоторая часть так и останется на грани между ошибкой и преступлением. Например, некоторые неправильные действия врача, прошедшие от недостаточности его познаний, нельзя уложить ни в точное определение ошибки, ни в точное определение преступления.

Таким образом, эта наиболее часто встречающаяся группа неправильных врачебных действий является той гранью, где незаметно, без резких границ, сливаются понятия о врачебной ошибке и врачебном преступлении.

Надо сказать, что общее понятие о врачебной ошибке крайне неопределенное. В это понятие обычно включают целый ряд самых разнообразных действий врача, которые, не имея в своей основе злого умысла, ведут все таки к вредным последствиям для больного. Обычно в группу врачебных ошибок включают и ошибки, имеющие в своей основе несовершенство методов медицины, и ошибки по невнимательности врача, и ошибки по его невежеству.

Так, Райский указывает следующие причины врачебных ошибок: 1) незнание, доходящее до полного невежества; 2) невнимательность, переходящая в явную небрежность; 3) смелость, переходящая в явную неосторожность.

Кроме того, Райский выделяет в качестве особой группы врачебных ошибок такие ошибки, которые имеют в своей основе несовершенство медицинской науки и техники и недостатки обстановки и оборудования, в которых происходит медицинское исследование и последующее лечение, а также ошибки, происходящие от большего или меньшего отсутствия искусства быть врачом, в чем добрая воля врача тоже неповинна.

Никитин делит врачебные ошибки на 4 группы:

1) ошибки по незнанию, 2) ошибки по небрежности, 3) ошибки от чрезмерного увлечения, 4) мнимо-ошибочное лечение или несчастная случайность.

Как видно, в понятие „врачебная ошибка“ входят самые разнообразные действия врача.

Я полагаю бы необходимым исключить для начальной стадии экспертизы, когда картина действий врача еще не вполне ясна, прежде всего строго различать две основные категории ошибок:

1) такие действия врача, которые причинили вред больному исключительно вследствие несовершенства медицинской науки, или вследствие недостатков оборудования и обстановки, в которых происходит исследование больного и последующее лечение, — это собственно врачебные ошибки — и

2) все остальные категории подозреваемых ошибок, обычно уже стоящих на грани преступления и очень часто совершенно неотделимых от последнего. Здесь нередко эксперт, ознакомившись со всеми данными дела, приходит к заключению, что подозреваемая ошибка в сущности является преступлением. В этой последней категории несколько особняком стоят ошибки по невежеству, так как причиной этих ошибок часто является недостаточная подготовка врача в вузе, вне зависимости от его воли.

Попытаюсь на ряде примеров оттенить особенности обеих этих категорий ошибок.

Возьмем первую категорию — собственно врачебных ошибок. Сюда, прежде всего, следует отнести ошибки в диагнозе, ошибки в методах лечения и несчастные случайности во время оказания медицинской помощи. При этом надо оговориться, что в эту первую группу ошибок следует внести только такие ошибки в диагнозе или лечении, которые допущены врачом не в силу незнания или невнимательности, а исключительно вследствие несовершенства методов медицины или недостатков в оборудовании.

*1 случай такой ошибки.* — К врачу явился больной, у которого после танцев появилась боль в области голеностопного сустава. Врач определял легкое растяжение связок голеностопного сустава и назначил массаж и ванны. Впоследствии оказалось, что у больного не растяжение связок, а суставной ревматизм, и лечение, назначенное врачом, неправильно. Экспертиза указала на полную возможность в данном случае ошибки в диагнозе, и обвинение врача отпало.

*2 случай.* — Больной А, 11 лет, жалуется на затрудненное дыхание носом, ослабление памяти. Диагностирован аденоид носоглотки, произведена операция. Через два дня больной вновь явился на прием, уже не на что не жалуясь, а через пять дней после операции поступил в детскую клинику с явлениями энцефалита, где и умер. На вскрытии найден инкапсулированный абсцесс мозга, при чем определенно можно было бы сказать, что образование его относится к периоду времени гораздо более раннему, чем первое обращение больного в больницу. Вины ли врачи в том, что они при первом же исследовании больного перед операцией не распознали абсцесс мозга? Экспертиза, конечно, на этот вопрос должна ответить, что нет, так как все общее состояние больного не давало никаких указаний на возможность абсцесса мозга.

*3 случай.* — При операции грыжесечения у 6-ной 57 лет обнаружен жировик, плотно сросшийся с грыжевым мешком. После операции — в моче кровь. Через день — новая операция — рана раскрыта и расширена, причем обнаруживается

небольшое повреждение мочевого пузыря. Больная погибает. Экспертиза указывает, что предусмотреть, избежать и заметить во время операции случайные ранения мочевого пузыря иногда не представляется возможным, в данном же случае была большая возможность такого случайного повреждения, вследствие обилия жировой клетчатки, пальца жировика, а также старческой атрофии пузыря. Таким образом, экспертиза здесь определила так называемую „несчастную случайность“, в действительности же врачей небрежности не была.

4 случай.—Хирург при грыжесечении случайно перерезал неправильно расположенную вену облитерация, которая впоследствии дала внезапное кровоотечение, послужившее причиной смерти больного. Здесь экспертиза отметила, что такое случайное повреждение неправильно расположенного сосуда вполне возможно даже в руках самого опытного хирурга.

5 случай.—К врачу-гинекологу обращается женщина с жалобами на кровянистые выделения, идущие дня три. Врач находит остатки левостороннего салпингоофорита и параметрита и назначает горячие спринцевания, шарики с пихтовым эфиром и стиптики. Через 25 дней больная погибла от кровоизлияния в брюшную полость вследствие разрыва межлужечной части левой фаллопиевой трубы в связи с бывшей внематочной беременностью. Экспертиза указала, что межлужечная разновидность внематочной беременности в высшей степени трудна для диагноза и правильно различить ее до разрыва можно лишь в особо благоприятных условиях. Дело прекращено.

6 случай.—Гр-ка С. обращается за помощью в амбулаторию. Врач В. нашел малярию и колит, назначил соответствующее лечение. Через 4 м-ца больная вновь идет к тому же врачу, последний опять ставит диагноз „малярия“, а через день другой врач находит у больной аппендицит и отправляет ее в больницу. Больничным врачом поставлен диагноз—перитонит. На 5-й день больная умерла. При вскрытии оказалось, что смерть наступила вследствие перитонита и кровоизлияния на изгиб желудка. Между прочим больная ни на боли в области желудка, ни на кровавую рвоту не жаловалась. Экспертиза устанавливает, что при жизни больной никаких явных признаков существования у нее язвы желудка не имелось, почему и произошла ошибка в диагнозе. Дело прекращается.

7 случай.—В родильное отделение принята гр-ка М. Сейчас же она положена на родильный стол. В то время, как ей оказывалась помощь при родоразрешении, у нее начался эclamптический припадок, она упала со стола и выбила себе зуб. К врачам предъявлено обвинение в халатности. Экспертиза указала, что, во-первых, при поступлении гр-ки М. в родильное отделение уже не было времени для всестороннего исследования ее, а во-вторых, предвидеть припадки эclamпии было невозможно. Дело прекращено.

8 случай.—Рабочий шерсточесального цеха во время чистки машины получил повреждение правой руки, причем полностью были оторваны второй палец и ногтевая фаланга первого пальца. Первая помощь оказана на здравпункте фабрики, а затем пострадавший отправлен в клинику, где произведена операция. Течение выздоровления вначале идет нормально, но через 13 дней развиваются явления столбняка, и больной погиб. Врачей клиники обвинили в халатности, так как они не ввели противостолбнячную сыворотку. Экспертиза не нашла вины врачей, так как при поступлении пострадавшего в клинику рана у него была чистой, и врачи не могли знать, что в настоящее время при выработке валеной обуви применяется в большом проценте примесь суррогатов—всякое шерстяное тряпье, могущее служить источником инфекции, несмотря на применяющееся обеззараживание его. Здравпункт фабрики не сигнализировал об этом в клинику.

Наконец, последние два случая врачебных ошибок первой группы характеризуют зависимость их от условий работы врача в смысле недостатков оборудования и снабжения.

Студе относитель 9 случай.—В участковую больницу поступил гр-н с переломом ребра, переломом и размождением средней фаланги левого мизинца и двух фаланг правого безымянного пальца. Оказана помощь, а на 12-й день пострадавший погиб при явлениях столбняка. В данном случае врач не имел даже возможности ввести противостолбнячную сыворотку, так как она не входит в число обязательных, каковыми снабжают больницу органы здравоохранения, почему врач, зная о необходимости введения в данном случае, не имел возможности ввести ее.

*10 случай* еще более демонстративен. В акушерском отделении одной из больниц появилась эпидемия септических заболеваний, и врача обвинили по 113 ст. УК.

Экспертиза при обследовании отделения нашла целый ряд условий, благоприятствовавших развитию этой эпидемии, а именно: теснота помещения отделения, вследствие этого отсутствие изоляции, запущенность помещений, отсутствие систематического солидного ремонта, недостаток белья, воды, инструментария, оборудования. Отделение было открыто в здании, где ранее помещалось заразное отделение. Врач, заведующий акушерским отделением, неоднократно рапортовал о недостатках и требовал ликвидации их, но соответствующий орган здравоохранения ничего не сделал. Конечно, в данном случае не врач виновен, а виновны те, кто не создал надлежащих условий для работы врача.

Во вторую категорию ошибок я из чисто практических соображений отношу все остальные группы врачебных ошибок. Следовательно, сюда должны быть отнесены: 1) ошибки по небрежности или по невнимательности, 2) ошибки по незнанию, порой доходящие до полного невежества, и 3) ошибки от чрезмерного увлечения, иногда переходящего в явную неосторожность.

Я выделяю эту категорию врачебных ошибок потому, что они в сущности часто стоят на одной грани с врачебными преступлениями и здесь экспертиза должна быть гораздо более осторожной и внимательной в вопросе выяснения истинной причины произведенной ошибки. Здесь перед экспертом вынужден бывает сказать, что кажущаяся ошибка в действительности является преступлением.

Наиболее часты из этой категории ошибки по небрежности или невнимательности, и они-то как-раз и являются переходным звеном от врачебной ошибки к врачебному преступлению.

Проф. Эпштейн вполне справедливо отмечает, что в эту группу часто относятся случаи, которые уместнее было бы назвать несчастными случаями во врачебной работе, например, большинство случаев оставления инструментов и тампонов в брюшной полости после чревосечения.

Проф. Груздев указывает, что на возможность оставления инструментов в брюшной полости громадное влияние оказывает качество инструментов, напряженность оператора и его торопливость в зависимости от недостатков обстановки, плохое ведение наркоза, недостаточный тщательный учет инструментов со стороны ведающих этим лиц.

Оставление инструментов в брюшной полости, по данным проф. Груздева, имело место в практике крупнейших представителей хирургии и гинекологии, причем это оставление почти никогда не свидетельствовало о небрежности оператора, а почти всегда явилось несчастной случайностью.

Альбицкий, собравший 315 подобных случаев оставления инструментов, отмечает, что лишь в 4-х случаях судом была найдена небрежность.

Во всех подобных случаях оператору обычно предъявляют обвинения в халатности, и задача эксперта здесь, имея в виду все-таки эти 4 случая, отмеченные Альбицким, выяснить—не было ли действительной небрежности, или оставление инструмента объясняется несчастной случайностью. В моей личной практике эксперта пока подобных дел не было.

Что касается остальных случаев ошибок по халатности или небрежности, то подобные ошибки, если экспертизой действительно установлена халатность, должны уже быть отнесены к врачебным преступлениям, предусмотренным статьями 109, 111 и 112, части 3 УК.

Приведу примеры подобных случаев, где экспертиза признала наличие небрежности и халатности в действиях врача.

*11 случай.*—Рабочий, попав рукой в маятниковую пилу, повредил сухожилие разгибателя четвертого пальца правой руки, вследствие чего палец фиксирован в согнутом состоянии. Через год он, падая с баржи, перерезал сухожилие сгибателя,

и палец фиксирован в выпрямленном состоянии. После месяца лечения, ввиду того, что выпрямленный палец мешает работать, врач-хирург, лечивший больного, предложил ему удалить поврежденный палец. Производится операция под местной анестезией, причем больному не велят смотреть на операцию. Хирург вместо поврежденного пальца удаляет здоровый соседний третий палец, несмотря даже на то, что на поврежденном пальце на месте ранения еще имелась плотно сидящая корочка.

12 случай.—Рабочий на производстве попал в привод шерстобитной машины, в результате чего—открытый перелом обеих костей правой голени. Сейчас же пострадавшего отравили и уложили в участковую больницу, но врач осматривает его только через 4 дня, когда уже началось омертвление кости и мягких тканей. Больного отправляют в клинику, где ему и производят ампутацию голени. Следствием было доказано, что врач эти дни находился в том же селе, где и больница, следовательно имел возможность своевременно осмотреть больного и опаздать ему срочную помощь.

13 случай.—В больнице лежит больной с диагнозом—туберкулез легких, экссудативный плеврит. За время пребывания в больнице положение больного не только не улучшилось, но ухудшилось, больной сильно ослаб. Больницу закрывают на ремонт. Больному предлагают переночевать в дом хроников, но он отказывается и просит выписать его домой. Врач выписывает, но не дает ни транспорта, ни сопровождающего, и только случайно увидевшая его сиделка провожает его до трамвая. После того, как больной доехал до Кооперативного кольца и сошел с трамвая, он сел на землю и умер. вскрытием обнаружено, что причиной смерти явилось кровоизлияние в полость плевры.

Конечно, тут основной причиной смерти явилась болезнь, которая все равно рано или поздно привела бы к смерти, но халатное отношение врача к исполнению своих обязанностей было проявлено в том, что больному не дали ни транспорта, ни сопровождающего.

14 случай.—Рабочий обратился к врачу за помощью, жалуюсь на сильное недомогание. Врач, найдя у него нормальную температуру, не назначил никакого лечения и не дал освобождения от работы. Через два дня того же рабочего вновь привел к врачу с явлениями резкой слабости сердца, синюхи и нитевидного пульса. Температура повышена. Врач впрыскивает камфору и отправляет больного в больницу не указав на диагноза, ни бывших сердечных явлений. Дорогой, очевидно, камфора оказала свое действие, и больничный врач вновь не нашел у больного каких-либо резких изменений, требующих госпитализации, почему и отказал в помощи. Рабочий возвратился в барак. На другой день новое резкое ухудшение. К нему зовут фельдшерицу; фельдшерица в начале не идет, а прямо звонит на станцию с просьбой помощи, требуя транспорт для отправки больного с неопределенным диагнозом в больницу. Пока шли эти пререкания, больной умер. На вскрытии обнаружено: грипп, хронический миокардит, значительное расширение сердца. Смерть от инфаркта сердца.

15 случай.—В районной больнице появилась эпидемия сепсиса, в результате чего умерло 10 человек. При обследовании больницы обнаружено, что, несмотря на возможность изоляции родильного отделения, отделение размещено таким образом, что роженницы имеют соприкосновение с хирургическими гнойными больными. Инструментарий и особенно белье стерилизуются недостаточно и не всегда, ответственного лица за стерилизацию не выделено, обслуживающий персонал для родильного, хирургического и терапевтического отделений—общий. Экспертиза указала, что старший врач больницы проявил небрежность в отношении организационной части больничного дела, результатом чего и явилась эпидемия сепсиса.

16 случай.—Больной с септической формой гнойного перитонизита лежит в одном из больничных учреждений. Дежурный врач, осмотрев его, хотя и нашел его положение в данный момент удовлетворительным, но все-таки высказал опасение о возможности ухудшения, почему велел сестре сделать ингаляцию. Через 24 часа действительно наступает резкое ухудшение в состоянии больного, необходима врачебная помощь. Долгое время ищут дежурного врача, затем узнали, что он ушел домой. Вызвали по телефону заведующего, тот приспешает, но больной уже умер от задыхания.

17 случай.—В участковую больницу врачами призывной комиссии направляется допризывник З. с диагнозом „брюшной тиф“. Врач больницы нашел у больного нормальную температуру, почему в прислеме ему отказал. На другой день у боль-

ного температура 39°, общее состояние тяжелое. Фельдшер вновь отправил его в больницу. На этот раз больного привимают и ставят диагноз „подозрение на отравление“. Через день больной умер.

*18 случай.*—Больному производится операция лапаротомии. После операции необходимо промыть брюшную полость физиологическим раствором поваренной соли. Сделано промывание, вскоре после него брюшина начинает окрашиваться в черный цвет, состояние больного становится все хуже и хуже и через несколько часов он умирает. Оказывается, что промывание брюшной полости было произведено не физиологическим раствором, а раствором уксусно-кислого свинца.

К этой же категории следует отнести и такие ошибки судебно-медицинской экспертизы, которые произведены опытными экспертами не по незнанию, а исключительно по небрежности. Например:

*19 случай.*—Падающее на лесоразработках дерево задавлет рабочего, в результате чего—перелом лобной кости. Пострадавший отправляется в клинику для операции. В истории болезни врач отмечает, что при операции „с большим трудом, раздольив края перелома, удалось поднять осколок лобной кости“. Больной вскоре после операции умирает, а судебно-медицинский эксперт, обнаружив на вскрытии труп, кроме перелома лобной кости, еще трещину основания черепа, имеющую ширину до 1 см., дает заключение, что причиной смерти в данном случае явилось неосторожное хирургическое вмешательство раздольивание с большим трудом краев перелома, вследствие чего небольшая трещина основания черепа, полученная при повреждении, была сильно расширена. Эксперт доказывал это тем, что, если бы действительно трещина основания черепа была столь же широкой сейчас же вслед за повреждением, то смерть пострадавшего наступила бы гораздо скорее. Но эксперт совершенно упустил из вида технику вскрытия черепа и возможность расширения трещины именно во время вскрытия. Операцию делал опытный хирург, и нельзя даже представить, чтобы хирург долбил череп с такой силой, что могла расшириться трещина основания черепа. Здесь не хирург проявил неосторожность, а судебно-медицинский эксперт.

*20 случай.*—Врач, имеющий большой опыт, вызван для экспертизы в случае подозрения на растление и находит разрыв девственной плевы. Поднимается дело о насилии над девушкой, не достигшей половой зрелости, с использованием беспомощного состояния жертвы во время гипноза. В процессе расследования возникают сомнения в возможности совершения полового акта, и вторичная экспертиза устанавливает, что девственная плева цела, а первый эксперт принял естественную выемку за разрыв.

В эту же категорию врачебных ошибок я, как сказано выше, отношу и врачебные ошибки по невежеству или просто по недостаточно точному знакомству с данной отраслью медицины. В отношении этой группы ошибок необходимо оговориться, что здесь экспертиза обязана отличать две возможности: первая возможность—когда врач, делающий ошибку, вынужденно работает в недостаточно знакомой для него области и не имеет никакого руководства или помощи со стороны лиц опытных, и вторая возможность—когда врач, преувеличивая свои силы и познания, сам добровольно берется за работу в мало знакомой ему области, причем часто даже не обращает внимания на советы и указания специалистов.

Экспертиза этой группы ошибок тоже не легка—здесь эксперту необходимо выяснить не только недостаточную подготовку врача, но часто и причины такой недостаточной подготовки, а также указать и насколько эта неподготовленность должна будет отразиться на всей будущей работе врача. Несомненно, что для разрешения всех этих вопросов мало обычной экспертизы—здесь вопросы должны быть разрешены не только судебно-медицинским экспертом и высококвалифицированными специалистами той отрасли медицины, в которой работает обвиняемый, но иногда может встретиться необходимость привлечения к экспертизе и специалистов

других отраслей медицины, для того, чтобы разрешить вопрос о том, не проявляет ли обвиняемый полного невежества и в других отраслях медицины и имеет ли он вообще право на звание врача и врачебную работу. Вполне понятно, что вопрос о невежестве врача возникает только тогда, когда врачебные ошибки, совершенные им, как указывает Никитин, грубы, тяжки и для всех понятны. К счастью, надо сказать, что таких случаев грубых ошибок мало. Я хочу привести лишь два примера таковых ошибок, а именно:

*21 случай.*—Врач, недавно окончивший медицинский институт, поражает аптечных работников своими крайне безграмотными рецептами. В части их выписаны такие вещества, которых не только не знает фармакопей, но которые и вообще не существуют. В другой части дозы лекарственных веществ недопустимы. Например, целый ряд рецептов для детей в возрасте до 1 года, в которых выписан кодеин в дозе по 0,1 на порошок и дано указание принимать эти порошки три раза в день. Что бы было, если бы работники аптеки пропустили эти рецепты? Здесь именно невежество врача.

*22 случай.*—Врач с 6-летним стажем, по специальности акушер-гинеколог, заведует акушерско-гинекологическим отделением одной из больниц. Некоторые несообразные действия врача, о которых будет сказано ниже, обращают внимание не только других врачей больницы, но и среднего медицинского персонала, почему высказывается сомнение в том, действительно ли обвиняемая является врачом. Впоследствии выяснилось, что обвиняемая действительно кончила модфак. Между прочим, другим врачам показалось странным, что обвиняемая, считая себя специалистом, сама почти никогда не делает акушерских операций, а те несколько случаев, в которых она оперировала самостоятельно, окончились или осложнением, или в двух случаях смертью. Экспертизе препровождаются в начале на рассмотрение три истории болезни, составленные обвиняемой, и при разборе их экспертиза находит, что все эти истории болезней составлены не только небрежно, но и медицински безграмотно и по ним можно подозревать полную неподготовленность обвиняемой к работе в качестве акушера-гинеколога.

Так, в первом случае, при разрыве матки, обвиняемая сама не производит операцию, а 12 часов ждет консультанта, и уже последний оперирует больную. Обвиняемая лишь наблюдает ход операции и затем записывает ее в историю болезни, но записывает в извращенном виде, совершенно не отображающем действительный ход операции.

Вторая история болезни составлена столь небрежно, что нельзя было даже точно установить, по каким показаниям была произведена врачом операция перфорации. Операция сопровождалась образованием вагинально-ректального свища, который врач называет «разрывом прямой кишки».

В третьем случае обвиняемая производит операцию наложения щипцов при мертвом плоде. Правильное наложение щипцов не удается, имеется какое-то невыясненное врачом препятствие, почему ложки щипцов не сходятся, но врач все-таки делает попытку трaktion и лишь когда она не удается—перфорирует головку. Экспертиза находит, что в данном случае попытку наложения щипцов совершенно не следовало бы делать, так как плод был уже мертв. Далее, для экспертизы оказалось неясным, почему в данном случае операция была предпринята лишь на четвертый день поступления роженицы, когда потуги уже прекратились.

Ввиду возникших сомнений в медицинских познаниях обвиняемой, экспертиза затребовала историю болезней на всех больных, прошедших лечение у обвиняемой. При разборе 707 историй болезней оказалось, что в одном случае смерти больной действия обвиняемой могли быть роковыми—больная после разрыва матки оперирована, у нее удалена матка. Применен влагалищный марлевый тампон и врач вместо обычного 8-го дня после операции извлекает этот тампон на 4-й день и назначает спринцевание.

Выписка роженицы, даже лихорадящих и оперированных, производилась преждевременно. Нередко врач при мертвом плоде вместо положенной операции перфорации производит операцию наложения щипцов.

У одной роженицы, судя по истории болезни, врач сначала делает попытку наложения щипцов, а затем поворот, между тем по условиям эти две операции взаимно исключают одна другую. Или в данном случае врач не знал основных ус-

ловий для выполнения этих операций, или же эти условия были не ясно выражены. Медицинская терминология почти совершенно неизвестна обвиняемой, ее записки в этом отношении поразительно безграмотны. Диагноз, судя по данным историй болезни, ставится неправильно. Например, в одной истории болезни диагноз „воспаление матки“, а по записям в истории болезни видно, что у больной воспаление брюшины. Токсикоз беременности диагностируется там, где нет никаких признаков его.

Лечение заболеваний часто неправильно. Например, в начале начавшегося самопроизвольного аборта врач назначает ergotin и secale cornutum, несмотря на желание больной иметь ребенка.

В ряде случаев врач одновременно назначает холод и теплое спринцевание, или холод и согревающие компрессы. Спорынья назначается при сальпинго-оофоритах, даже тогда, когда нет кровотечения, и т. д. Экспертиза, на основании детального ознакомления со всеми этими материалами, должна была прийти к вполне определенному заключению, что обвиняемая по своей подготовке не только не является врачом-специалистом, но мало удовлетворяет даже и тем требованиям, которые должны быть предъявлены к рядовому врачу-лечебнику, имеющему врачебный диплом.

**23 случай.**—В больницу поступает родильница с затянувшимися родами. Положение плода продольное, головка вколотила в таз. Сердцебиение плода не прослушивается. Размеры таза в норме. Родильница находится в тяжелом состоянии. Акушерским отделением временно заведует врач-неспециалист, которому по приказу предложено было проводить лишь нормальные роды, а в патологических случаях вызывать хирурга. В данном случае хирург не был вызван и обвиняемый врач сам накладывает щипцы под наркозом, причем другой врач, присутствовавший при этой операции, замечает, что наложение щипцов производится неправильно, без контроля рук, о чем этот второй врач и говорит оператору. Последний возмущается таким заявлением и говорит, что он сам хорошо знает, что и как надо делать.

После извлечения ребенка, оказавшегося действительно мертвым, больная переводится в палату. На другой день утром—состояние ее крайне тяжелое. На консультации обвиняемый спорит с другими врачами, отрицая возможность разрыва матки. Больная все-таки переводится в хирургическое отделение, где ей делается операция. Во время операции—смерть больной. Обнаружен широкий разрыв матки.

Экспертиза должна была указать на неуместность в данном случае операции наложения щипцов при мертвом плоде, при том под общим наркозом, неуместность действий обвиняемого, накладывавшего щипцы без контроля рук, что, вероятнее всего, и явилось причиной разрыва матки и, кроме того, на отсутствие тщательного исследования влагалища после операции наложения щипцов, почему разрыв матки и не был своевременно установлен.

Характерно, что обвиняемый врач все время отстаивал ту точку зрения, что операция была произведена им правильно и соответствовала всем требованиям медицины.

**24 случай.**—Гр-ка Ч., полагающая себя беременной на 8½ мес. (пятая беременность), 20/X чувствует сильные боли в животе, несмотря на это идет на базар. По возвращении домой чувствует резкое усиление болей и идет на пол. Тогда она пешком идет в больницу, где у нее определяют: раскрытие зева на два пальца. Предлежащая часть—головка. Сердцебиение плода не прослушивается. В ночь с 21 на 22—сильные схватки, совершенно прекратившиеся утром. Врач накладывает щипцы, но они во время трaktion соскальзывают. Повторные попытки наложения щипцов все оказывались неудачными. Эти попытки продолжались с 11 час. до 1 часа дня. Температура в это время у больной 38,1°. Ввиду неудачи наложения щипцов, больная оставлена до другого дня, при осмотре на другой день—шейка матки спастически сокращена. Резкое ухудшение общего состояния. Врач считает дальнейшие попытки к извлечению плода невозможными, и больная погибает в 11½ часа дня. На вскрытии обнаружен продольный разрыв матки слева в середине, длиной 6—7 см., из которого вышло в полость живота тело плода. Экспертиза заключает, что разрыв матки произошел уже в больнице (явче больная не могла бы пешком прийти туда) и, вероятно, при применении операции щипцов. Применение щипцов в данном случае, также как выжидание после неудавшегося извлечения ребенка, были неуместны, надо было делать перфорацию. При своевременном и правильном акушерском пособии рожицу можно было бы спасти.

25 случай. — В больницу поступает роженца, у которой роды начались около пяти дней тому назад, причем за два дня до родов схватки прекратились. Роженца находится в тяжелом состоянии, крайне слаба. Размеры таза в истории болезни не указаны. Врач в своих показаниях у следователя говорит, что вход в таз был резко сужен, но лица, подавшие жалобу на действие врача, опровергают это тем, что пострадавшая рождает уже пятый раз (осталось невыясненным, нормальны ли были прежние роды). Врач, под хлороформным наркозом, производит перфорацию, а затем на перфорированную головку накладывает щипцы. Так как попытка наложения щипцов оказалась неудачной, врач производит поворот на ножку, извлекает туловище с ручками, головку же извлечь не может, вследствие чего делает декапитацию, но и после ее извлечь головку не может. Роженца через несколько часов после операции погибает при явлениях сепсиса. Экспертиза находит: при правильном применении операции перфорации в данном случае не было необходимости поворота на ножку, который здесь при давно уже отошедших водах был и рискованным. Декапитацию делать тоже было нельзя, а вместо нее правильно было бы сделать еще раз прободение последующей головки через подзатылочную ямку. Хлороформный наркоз в данном случае, при тяжелом общем состоянии роженцы, являлся опасным и операцию перфорации можно было бы выполнить и без него. Причиной смерти явилось тяжелое септическое заболевание во время затянувшихся родов, долгое же оперирование под хлороформным наркозом благоприятствовало роковому исходу.

В сущности, лишь в 21 и 22 случаях мы встречаемся с подлинными ошибками по невежеству, т. е. с отсутствием достаточного ознакомления с основами медицины.

Последние же три случая отличаются от них тем, что ошибки совершаются врачами при работе не в их специальностях. Но случай 23-й имеет тоже свою особенность. Вывозником неправильных врачебных действий здесь является врач-рентгенолог, который не только добровольно взял на себя временное заведывание акушерско-гинекологическим отделением, но и был уверен в своих достаточных познаниях в этой области и считал себя настолько компетентным, что вступил в спор с более опытными врачами. В виду этого, 23-й случай необходимо несколько отличать от двух последних, в которых врачи скорее были вынуждены работать по специальности, в которой не считали себя вполне подготовленными.

Подобные ошибки нередки и особенно часты они в тех случаях, когда врачи-лечебники привлекаются к работе в качестве судебно-медицинских экспертов. Статья 193 нашего Уголовно-процессуального кодекса разрешает в случае затруднительности вызова для производства экспертизы судебно-медицинского эксперта, вызвать любого ближайшего врача, и следователи широко пользуются этим правом, полагая, что действительно любой врач может быть экспертом. Но не надо забывать, что судебно-медицинская экспертиза представляет собой обширнейшую и специальную область медицины, требующую долгой и тщательной подготовки. Хотя и все врачи, в бытность свою студентами, слушали общий курс судебной медицины, все-таки они являются подготовленными лишь к производству простых экспертиз, а для экспертизы сложных случаев их подготовка недостаточна.

Кроме того, ряд врачей и вообще не может считаться годным для производства судебно-медицинской экспертизы — это те врачи, которые или кончили курс медицинского института в то время, когда на всю проработку судебной медицины отводилось 24 часа, или же те, которые уже много лет работали в какой-либо узкой медицинской специальности, не имевшей ничего общего с судебной медициной.

Обвинять врача не специалиста в судебной медицине в судебно-медицинских ошибках, приписывая их халатному отношению врача к исполнению обязанностей эксперта или же невежеству врача, можно лишь тогда, когда эти ошибки слишком грубы и противоречат самым основным положениям судебной медицины. Из большого количества таких ошибок я приведу лишь две, в первой из которых можно, пожалуй, говорить о нечестности врача, во второй же ошибка произошла, несомненно, вследствие некоторой необычности случая.

*26 случай.*—Труп активиста-колхозника находят в поле. Около трупа лежит берданка. Приглашенный для экспертизы молодой врач-лечебник (для которого данная экспертиза являлась первой) находит слепое огнестрельное ранение с входным отверстием в области правого угла нижней челюсти. Выстрел произведен на близком расстоянии, так как в окружности входного отверстия—вспревание порошинок. Направление выстрела—справа и снизу, пуля осталась в полости черепа. На темени кровоподтек, который врач объясняет „ударом пули изнутри о кость свода черепа“. Во внутреннем углу правого глаза, по заключению врача,—язва. На груди несколько пятен темно-красного цвета, формой напоминающих след ботинка в сильно уменьшенных размерах. Около одного из этих пятен—точный отпечаток головки винта (отпечаток этот первым экспертом замечен не был).

Врач-эксперт в своем заключении называет эти пятна осаднениями, причем предполагает, что они произошли при быстром спускании с дерева, на которое колхозник якобы залез, чтобы осматреть окрестность. Врач дает заключение о самоубийстве, но все данные следствия противоречат этой версии. Вторичная экспертиза устанавливает, что на голове и груди кровоподтеки с обильным пропитыванием мягких тканей плотно свернувшейся кровью. Размеры и формы этих кровоподтеков вполне совпадают с затыльником приклада берданки, найденной около трупа. Один из винтов этого затыльника имеет выступающую головку, дающую точный отпечаток около кровоподтека на груди. В углу правого глаза не язва, а огнестрельное ранение от выстрела на большом расстоянии. Несомненное убийство. Врача обвиняют в намеренном укрывательстве следов преступления, и едва удается доказать, что все дело в полной неопытности врача в области судебной медицины.

*27 случай.*—Труп председателя колхоза обнаруживают висющим в петле в предбаннике, причем веревка привязана к балке на такой высоте, что достать с пола нельзя. На балке—след трения веревки, как будто через балку на веревке поднимали какую-то тяжесть. Никаких предметов в предбаннике, на которые мог бы встать покойный для того, чтобы привязать веревку к балке—нет. Петля настолько туго затянута, что врезалась в мягкие ткани шеи и после снятия трупа не распустилась (витки веревки слишком крутые и резко выраженные и, очевидно, один из висков и задержал распускание петли). Странгуляционная борозда идет циркулярно и горизонтально, едва заметно поднимаясь лишь в области узла за правым ухом. Никаких следов борьбы на трупе нет. Врач-лечебник, производивший эту экспертизу, на основании отсутствия следов борьбы, дал заключение о самоубийстве, но он совершенно не учел обстановки происшествия и всех находок на трупе. Так, циркулярная и почти не поднимающаяся кверху странгуляционная борозда указывает в данном случае (при полном и свободном висении трупа), что петля предварительно была очень туго затянута в совершенно ином положении тела и лишь уже потом тело было поднято веревкой через балку. Отсутствие следов борьбы указывает лишь на то, что петля была накинута неожиданно и сейчас же туго натянута. На суде обвиняемые сознались в убийстве и подтвердили картину убийства, обрисованную экспертизой.

Подобных случаев можно было бы привести множество, но они настолько ясны и понятны, что я не считаю нужным останавливаться на них более подробно.

Если в этих последних ошибках мы не находим особой вины врача и объясняем лишь волею повятой невозможностью быть специалистом во всех отраслях медицины, то в тех ошибках, которые объясняются

исключительно невнимательностью или небрежностью врача, экспертиза всегда находит известное правонарушение, предусматриваемое ст. 111 УК, или небрежное или недоброкачественное отношение к возложенным обязанностям.

Таким образом, подобные ошибки, после установления экспертизой истинной причины их, относятся уже к врачебным правонарушениям или преступлениям.

Даже и в области большинства врачебных правонарушений едва ли можно согласиться с Марковиным о наличии злого умысла врача, направленного к причинению вреда обществу или отдельному члену его. Такой злой умысел в действиях врача Марковин находит в применении врачом своих медицинских знаний из низменных побуждений, например, из мести, корысти и т. д., в производстве операций с целью уклонения лица от общегосударственных повинностей, в выдаче заведомо ложных свидетельств, в случаях сокрытия появления заразных и эпидемических болезней, а также в производстве аборта в условиях антисанитарной обстановки, или же в виде промысла. Если в свое время и были дела врачей, обвинявшихся, например, в умышленном причинении вреда больному, то в настоящее время я, по крайней мере, подобных дел не знаю. Кроме того, необходимо отделять преступления в области профессиональной работы врача от возможных других преступлений. Врач, как рядовой член общества, может совершить любое преступление, за которое он будет отвечать по той или иной статье УК, может проявить и злой умысел в совершении преступления, но в чисто профессиональных преступлениях врача подобный злой умысел едва ли встречается, разве только если врач действительно производит операцию с заранее определенной целью уклонения от общегосударственных повинностей, или же выдает заведомо ложное свидетельство. Но даже и по отношению к такой выдаче свидетельства чаще приходится думать, что оно выдано или по небрежности врача, или в силу слишком большого доверия к объективным жалобам больного, так что в подобных случаях врач проявляет лишь известную небрежность или халатность.

Трудно представить, чтобы врач мог бы тоже из-за злого умысла скрыть появление заразных и эпидемических болезней. Наконец, при производстве аборта, в антисанитарных условиях, врач чаще просто недооценивает эти условия, считая их вполне подходящими, но, конечно, не намеренно создает антисанитарные условия для производства аборта, следовательно, и здесь тоже будет известная небрежность, а не злой умысел.

Наш современный Уголовный кодекс имеет очень немного статей, предусматривающих преступления в области профессиональной работы врача, часть же этих преступлений предусматривается общими для всех профессий статьями.

К последним следует отнести статьи 109 и 111 УК, предусматривающие или такие преступные действия должностного лица, которые оно могло совершить единственно благодаря своему служебному положению, или невыполнение должностным лицом действий, которые оно по обязанности своей службы должно было выполнять, а также халатность, т. е. небрежное или недобросовестное отношение к возложенным по службе обязанностям. Сюда же относится и 2-я часть ст. 92, говорящая о неявке эксперта или отказе его от исполнения обязанностей и, наконец, сюда же

можно отнести ст. 139, говорящую об убийстве по неосторожности, а также ст. 145, предусматривающую нанесение неосторожного телесного повреждения.

В общем, применение этих статей, за исключением 109 и 111, а также 2-й части ст. 92—крайне редко.

Наиболее применяются ст.ст. 109 и 111 или же специальные статьи УК, которые предусматривают профессиональные преступления врача. Сюда относятся ст.ст. 140, 156 и 157 УК.

Две последние статьи предусматривают, главным образом, случаи не оказания практикующим врачом первой неотложной медицинской помощи при патологических родах, отравлениях, опасных для жизни кровотечениях, тяжелых ранениях, появлениях эпидемических заболеваний (Бюллетень НКЗ № 5, 1925 г., п. 56).

Я могу привести три примера такого не оказания помощи.

*28 случай.*—Больной поступает в хирургическое отделение районной больницы около 9 часов вечера, с диагнозом непроходимости кишек на неизвестной почве; врач-хирург устанавливает слабое состояние больного, но все-таки высказывается о возможности спасти жизнь больного операцией. Несмотря на это, он операцию не производит, ссылаясь на то, что больничная электростанция не работает, а в хирургическом отделении керосина нет. Больной остается без помощи и утром умирает. Оказывается, что если в действительности в хирургическом отделении не имелось керосина, то его можно было взять в соседнем терапевтическом отделении.

*29 случай.*—Гр-н, попавший под трамвай и получивший разможевание обеих голеней, доставляется в хирургическое отделение, куда вызывается врач-хирург. Последний, войдя во двор больницы, спросил на месте ли операционная сестра, и узнав, что ее нет, повернулся и ушел, не посмотрев пострадавшего. Только после настоятельных требований родственников умершего врач вновь идет в больницу и производит там операцию. Больной погибает. Комиссия экспертов, не находя в деле никаких указаний на объективные причины, препятствовавшие производству этой операции, указывает, что данный случай представляет собой такой, при котором операция должна быть произведена в любых условиях, хотя бы даже одним оператором. Отсутствие операционной сестры не могло явиться препятствием к производству операции, тем более, что как-раз в момент поступления пострадавшего в больницу, по соседству—в поликлинике—вел прием врач-хирург, который и мог бы быть вызван на помощь.

Довольно ярким примером заведомого оставления без помощи лица, лишенного возможности принять меры самосохранения, вследствие своей беспомощности (ст. 156 УК), является—

*30 случай.*—В психиатрическую лечебницу поступает больной в состоянии резкого патологического опьянения и возбуждения. Больному делают холодное обертывание и такого, завернутого с головой в мокрые простыни, запирают в изолятор, где и оставляют без наблюдения на всю ночь. Утром дежурный врач, зайдя в изолятор, находит уже труп, так как произошло задушение, вследствие закрытия дыхательных отверстий мокрыми простынями.

2-я часть 157 ст. предусматривает не оказание неотложной медицинской помощи лишь лицом, занимающимся медицинской практикой, а инструкции о порядке и правилах оказания первой неотложной медицинской помощи (постановление ВЦИК и СНК от 1/ХП 24 г. о профессиональной работе и правах медработников) определенно указывается, что первая помощь доставленным в лечебные учреждения оказывается дежурным медперсоналом, а лицам, находящимся на дому—станцией скорой помощи, или, при отсутствии таковой, медперсоналом районного пункта; при отсутствии последних лиц—медперсоналом ближайшего лечебного учреждения.

вия, а при невозможности и этого — находящимся в районе медперсоналом. Первая помощь внезапно пострадавшим на улице, в местах общественного пользования и т. д. должна оказываться каждым присутствующим на месте происшествия медработником в пределах его профессиональной компетенции.

В случаях привлечения врачей к ответственности за неоказание неотложной помощи, эксперт должен точно выяснить, действительно ли была неотложная нужда в таковой помощи, а также и причины неоказания ее, иногда оказывающиеся вполне уважительными.

Например:

**31 случай** — Участковый врач вызван для оказания медпомощи по поводу послеродового кровотечения. Необходимо ехать довольно далеко на лошади, но врач этого сделать не может, так как у него тяжелый приступ малярии. Он только идет в амбулаторию и выдает порошки для остановки кровотечения. Вечером того же дня умерла, и врач привлечен к ответственности не по 157, а по 111 ст. УК. Судебная коллегия не нашла состава преступления, указав, что в момент вызова врач находился в приступе малярии и сделал все, что для него в это время было возможно — сам пошел в амбулаторию и дал порошки.

Чрезвычайно часто врачи привлекаются к ответственности по 140-й ст. УК. Статья эта предусматривает или производство изгнания плода лицами, не имеющими на это надлежащей подготовки, или же хотя и имеющими таковую, но в противосанитарной обстановке. Во 2-й части этой статьи мера взыскания повышается, если плодизгнание в условиях, указанных в 1-й части, производилось в виде промысла, или без согласия матери, или имело последствием ее смерть.

Вопрос о категории лиц, имеющих надлежащую медицинскую подготовку, достаточно ясен — таковыми лицами являются лишь врачи, но нигде в инструкциях НКЗдрава нет указаний на то, что врачи какой-либо специальности не имеют права производить плодизгнание. Таким образом, казалось бы, странным привлекать какого-либо из практикующих, особенно пока еще отстающих до известной степени универсальными — районных врачей — как лиц, не имеющих надлежащей медицинской подготовки. Между тем, в моих материалах есть одно такое дело.

**32 случай** — Участковый врач, имеющий некоторый хирургический уклон в своей работе, производит в амбулатории больные аборты двум женщинам, причем в первом случае за свою работу берет несколько фунтов муки, во втором же — шестьдесят рублей деньгами. Затем обеих женщин кладет в больницу, обоим остаются живы. Врач привлекается к ответственности не по 140 ст., а по ст. 180, в которой говорится о занятии врачеванием, как профессией, лицами, не имеющими надлежаще удостоверенного медицинского образования, а равно занятием медицинским работником такого рода медицинской практикой, на которую он не имеет права. Врач, очевидно, испуганный предъявленным обвинением и незнающий содержания 180 ст. и своих собственных прав, признает себя виновным и осуждается на 6 месяцев принудительной работы с заменой их вычетом 25% получаемого содержания. Невольно возникает вопрос — почему данный врач не имел права производить аборт? Надо сказать, что дело это прошло без всякой экспертизы.

Понятие о "противосанитарной обстановке" должно бы быть достаточно определенным, во-первых, из протокола № 11 заседания Верховного суда РСФСР от 20/VI 1927 г. и, во-вторых, из определения Уголовно-кассационной коллегии того же Верховного суда от 20/III 1928 г. по делу врача Швыгковской.

В первом протоколе говорится: "Разъяснить, что производство абортов в противосанитарной обстановке" понимается в смысле отсутствия условий, допускающих

производство хирургических операций с надлежащей подготовкой пациентки до операции и с соответствующим послеоперационным уходом. При являии этих и прочих необходимых технических условий, производство абортсв лицам, имеющим надлежащую медицинскую подготовку, не подхсдит под ст. 140 УК.

Чрезвычайно интересно постановление Уголовно-кассационной коллегии Верховного суда по делу врача Швытковой<sup>1)</sup>.

Последняя была обвинена в том, что она произвела аборт гр-ке Тараненко в квартире, размером не более 20 кв. арш., заставленной мебелью, при отсутствии особой чистоты, в результате чего Тараненко умерла. Уголовно-кассационная коллегия нашла, что в данном случае нет оснований применения 140 ст., так как аборт произведен врачом в обстановке, приближающейся к больницы (имеется кровать и пр.). Смерть Тараненко тоже не дает еще возможности судить о содеянном Швытковой, так как смертные случаи возможны и в самых лучших условиях.

Наконец, имеется еще циркуляр НКЗдрава № 20 от 12/II 1926 г., в котором говорится, что „производство искусственного выкидыша по истечении 3-х месяцев беременности при отсутствии опасных для жизни показаний (острое воспаление почек, порок сердца, острое кровотечение беременной, острая атрофия печени и пр.) не допускается“.

Казалось бы вопрос о том, когда производство аборта должно преследоваться по закону—ясен. Между тем даже экспертиза иной раз, очевидно не будучи знакома со всеми приведенными выше разъяснениями, предъявляет чрезмерные требования. Так обстоит дело в случае 33-м.

Врач, имеющий очень большой акушерско-гинекологический стаж, производит у себя на дому аборт гр-ке Е. и через два дня по усиленным настояниям больной отпускает ее домой. Через 3 дня больная поступает в больницу с диагнозом—заражение крови после аборта. На другой день—*exitus letalis*. Судебно-медицинским вскрытием установлено, что непосредственной причиной смерти гр-ки Е. послужило общее заражение крови (септико-пиемия), но причину его точно установить нельзя—возможно, что инфекция внесена извне, возможно, что она поступила из влагалища, также возможно, что источником ее явились гнойные очаги в миндалинах. Производится обследование квартиры обвиняемого врача, причем первая комиссия находит, что комната для производства аборта в день осмотра содержалась в ненадлежащем виде, но при соответствующем оборудовании она может быть использована для производства абортов. Инструментарий имеется весь, но он стар и содержится небрежно.

Вторая комиссия указывает, что каких-либо дефектов в оборудовании помещений нет и что в целом ряде больничных учреждений операции более серьезного характера вполне благополучно производятся в менее благоустроенных помещениях.

В заседании суда один из членов первой комиссии заявляет, что он считает оборудование недостаточным, так как у врача не было инструментов для операции по поводу перфорации матки, могущей произойти во время аборта. Суд соглашается с этим и обвиняет врача по 140 ст. УК. В этом случае постановления суда и экспертизы совершенно расходятся с упомянутыми выше разъяснениями.

Примером действительно противосанитарной обстановки может служить случай 34 й.

Больная Ф. поступает в акушерско-гинекологическую больницу 26/IV 1931 г. с диагнозом—острый перитонит после аборта и умирает через 8 дней. Судебно-медицинским вскрытием установлена перфорация матки и гнойный перитонит. Следствием установлено, что аборт произведен врачом на дому. При осмотре оказалось, что врач производит аборты в кабинете, заставленном мебелью, шкафами, в углах комнаты грязь и паутина, на стенах картины, за которыми масса пыли и паутины, на шкафах толстый слой пыли. Стерилизация перевязочного мате-

<sup>1)</sup> „Судебная практика РСФСР“, 1928 г., № 9, стр. 14.

риала производится неудовлетворительно, больная после аборта лежит в том же кабинете и рядом с ее постелью врач производит прием других гинекологических больных. Экспертиза признала обстановку противосанитарной, и врач был осужден по 2-й части 140 ст.

Иногда, к сожалению, даже экспертиза не учитывает некоторых крайне важных обстоятельств, почему возникает сомнение в правильности осуждения врача.

Такой случай приводится д-ром Афанасьевским <sup>1)</sup>. Врачу, производившему аборт, показалось, что он извлек из матки абортангом кусок кишки. Сейчас же больная переводится в клинику, там ей делается чревосечение и оказалось, что никакой перфорации нет. Больная слаба, ей находят нужным сделать переливание крови и делают таковое без предварительной проверки групп. Больная быстро погибает при явлениях гемолиза, а врач осуждается за аборт, последствием которого явилась смерть, хотя смерть явилась не последствием аборта, а последствием переливания крови уже в клинике.

Как видно, ст. 140, несмотря на целый ряд официальных толкований ее, не всегда еще правильно понимается.

На приведенных примерах ясно видно громадное значение экспертизы по обвинению врача. Экспертиза эта должна быть не только крайне внимательной и осторожной, но и в высшей степени компетентной, и вполне понятно основное требование положения о судебно-медицинской экспертизе, говорящее, что в делах по обвинениям врачей судебно-медицинская экспертиза должна производиться при участии врачей-специалистов той отрасли медицины, к которой относится и обвиняемый врач.

На некоторых приведенных мною примерах ясно видно, что экспертиза, произведенная некомпетентным судебно-медицинским экспертом или врачом-лечебником, иногда не только не разъясняет сущности дела, но даже порой является причиной ошибочного привлечения врача к ответственности.

Следует еще раз подчеркнуть, что работа врача так специальна и протекает в таких условиях, которые вполне учесть часто могут лишь врачи. Поэтому я еще раз указываю на крайнюю необходимость в каждом случае обвинения врача, будет ли это обвинение касаться лишь чисто лечебной работы врача или же административно-хозяйственной деятельности его, все равно обязательно производить экспертизу. Эта необходимость, прежде всего, ясна из примеров некоторых врачебных дел, разбиравшихся без экспертизы, в которых невольно не были учтены некоторые обстоятельства. Первым примером таких дел является вышеприведенный случай 32 й, вторым же не менее ярким примером является случай 35-й.

В участковую больницу поступает сыпно-тифозный больной в тяжелом состоянии и выписывается по настоянию жены через 18 дней после падения температуры. Через 23 дня после выписки вновь приводится в больницу, так как жена его и две дочери тоже заболели тифом. Между прочим жена ухаживала за ним в палате. Больной крайне слаб, истощен, большие пролежни, атрофия мышц, резкая контрактура нижних конечностей.

Через 13 дней больной умирает. Врач привлекается к ответственности по 111 ст. УК и обвиняется в плохом уходе за больным, выразившемся в том, что больной лежал без подкладного круга, в больнице было холодно, почему больной лежал в позах, белье на нем редко менялось, моча и кал не убирались.

Показания свидетелей—больничного персонала—отрицают большую часть этих обвинений, но из этих показаний и из показаний обвиняемого было видно, что подкладного круга действительно не было, больница его не имела, а по-

<sup>2)</sup> „Судебно-медицинская экспертиза“, кн. 14.

пытки врача достать круг были безуспешны. Врач показывал, что сельсовет совершенно не помогал больнице, например, не вывез даже большей части дров для больницы, хотя деньги за них были получены. Не мог врач добиться в сельсовете даже мела для побелки. Не признал себя виновным врач и в том, что, вследствие преждевременной выписки больного домой, произошло заражение его жены и детей. Он указывал, что жена и дети больного заболели от другого источника заразы, так как с момента падения температуры у больного до его выписки домой прошло 18 дней, а с момента падения температуры до заболевания семейных — 41 день. Судом врач был признан виновным по ст. 111 УК и приговорен к исправительно-трудовым работам на 1 год с заменой вычетом 45% зарплаты; кассационная коллегия оставила приговор в силе, но взыскание снизила до 5 месяцев исправительно-трудовых работ с заменой их удержанием 10% зарплаты.

В этом случае экспертизы не было, не были выяснены и конкретные виновники всех больничных недостатков, а вся тяжесть вины легла на врача. Экспертиза, конечно, в первую очередь выяснила бы, мог ли что-либо сделать врач для улучшения положения дела в больнице и каково было содействие ему в этой работе. Кроме того, только судебно-медицинская экспертиза могла бы дать ответ на вопрос — все ли возможное при имевшихся налицо в больнице условиях было сделано обвиняемым врачом при лечении данного больного. Последний вопрос был совершенно не поставлен в деле.

Из всех приведенных примеров достаточно ясно крайне большое значение судебно-медицинской экспертизы в делах о привлечении врачей к судебной ответственности. Совершенно справедливо д-р Дембо говорит, что „лашь предварительное следствие, которое во всех стадиях пользуется экспертизой, может установить, имеются ли налицо данные для предания врача суду“.

Вполне понятно, конечно, что разрешение этого вопроса в своей основе имеет заключение эксперта.

Важнейшей задачей экспертизы является, прежде всего, разрешение вопроса — произвел ли врач в действительности только ошибку, или же действия его таковы, что их можно охарактеризовать как врачебное преступление. Выше я говорил, что по существу розкой грани между врачебной ошибкой и врачебным преступлением нет. Тогда же я разделил врачебные ошибки на две группы. Но из чисто практических соображений экспертизы я целый ряд неправильных действий врача отношу ко второй группе ошибок, уже стоящих на грани преступления. Причины этого следующие: предварительное следствие устанавливает такие действия врача, которые представляются неправильными, подчас опасными для больного. Возникает вопрос о халатности, небрежности или неподготовленности врача. В зависимости от некоторых моментов экспертиза здесь или высказывается за виновность врача, или же находит такие причины, благодаря которым произошла невольная ошибка врача, вполне добросовестно отнесшегося к своей задаче.

Другой раз таковой причиной является некоторая неподготовленность врача в той области медицины, в которой он совершил ошибку. Можно ли говорить о вине врача, о его преступлении, если он сам, даже отлично сознавая свои слабые стороны, все-таки вынужден был поневоле производить те или иные действия?

Таким образом, иногда совершенно одинаковые с формальной точки зрения действия в сущности являются различными, поэтому, не относя их целиком ни к собственно врачебным ошибкам, ни к врачебным пре-

ступлениям, я и выделяю их в так назыв. вторую группу ошибок, стоящих на грани с преступлением. Их можно бы, пожалуй, назвать „сомнительными врачебными ошибками“.

Эта вторая группа требует особо тщательного анализа, в то время как экспертиза собственно ошибки и собственно преступления гораздо более простая. Несомненно, что если экспертиза найдет действительно халатные или небрежные действия врача, или слишком большой переучет им своих познаний, губительно отразившийся на больном, она вполне определенно отнесет подобный случай к врачебным преступлениям, если этого найдено не будет, то экспертиза будет говорить о невольной ошибке врача. Действительно, нельзя же требовать от всех врачей одинаковых познаний и одинакового искусства в своей специальности. Здесь стерта резкая грань между ошибкой и преступлением, почему всю эту группу я и ставлю несколько особняком. Безусловным врачебным преступлением я считаю возможным назвать такие действия врача, которые идут или вразрез с основными требованиями медицины, или предусмотрены определенными статьями Уголовного кодекса, или же нарушают основные инструкции, определяющие деятельность врача. Всегда и во всех случаях, например, совершение изгнания плода в условиях антисанитарной обстановки является преступлением. Всегда и во всех случаях, когда врач по небрежности вместо большого пальца удалит здоровый—экспертиза будет говорить о преступлении. Всегда и во всех случаях, когда врач небрежно оставит больного без неотложно нужной помощи—мы будем говорить о врачебном преступлении. Врачебным же преступлением, предусмотренным специальным постановлением ВЦИК и СНК РСФСР от 10/І 1930 г., является назначение врачом на медицинскую должность лица, не имеющего надлежащей подготовки, особенно, если это совершено при условии полной возможности иметь достаточно подготовленного кандидата на данную должность (а в моей практике имелся и такой случай).

Какие вопросы, в случаях экспертизы врачебных ошибок и врачебных преступлений, должны быть разрешены?

Дембо дает такую схему вопросов для экспертизы:

1) Существует ли в данном случае причинная связь между последствиями (смерть или телесное повреждение) и примененным методом лечения или действием врача?

2) Относится ли метод, примененный для лечения, к числу признанных наукой или логически из данных науки вытекающих?

3) Относится ли примененный метод лечения к числу применяемых при данной болезни и, если он не применяется, то не является ли это применение недопустимым экспериментированием?

4) Применен ли метод лечения *lege artis* (с соблюдением всех обычных мер предосторожности)?

5) Если допущена ошибка в смысле неосторожности, то относится ли эта ошибка к числу допустимых, т. е. к числу таких, которые возможны при принятии обычных в таких случаях мер предосторожности?

6) Имелась ли на-лицо неосторожность или небрежность (халатность)?

7) Если имелась на-лицо небрежность, не повлекшая, однако, последствий, то в какой мере эта небрежность таила опасность и каких последствий?

Эта схема вопросов, однако, не вполне достаточна. Она, в сущности, только касается методов лечения и диагностики, но совершенно не затрагивает таких существенных вопросов, как возможность недостатков обстановки и оборудования, в которых происходят медицинское исследование и последующее лечение, а нередко именно эти обстоятельства являются причиной врачебной ошибки. Кроме того, схема Дембо не касается и вопроса о возможности невежественности врача в основных медицинских требованиях. Поэтому я считаю необходимым дополнительно ставить еще следующие вопросы:

8) Какова была обстановка, в условиях которой работал врач, и не могла ли она повлиять на работу врача в смысле большой возможности совершения данной ошибки?

9) Не был ли не применен необходимый метод распознавания болезни или последующего лечения исключительно из-за недостатков оборудования или снабжения?

10) Не произошла ли грубая ошибка врача исключительно в силу его неподготовленности?

11) Если действительно ошибка произошла в силу неподготовленности врача, то не работал ли врач в чуждой для его специальности области медицины и не вызвана ли эта работа в чуждой специальности условиями, лежащими вне воли врача?

12) Не расширяется ли полная неподготовленность врача на ту область медицины, специалистом в которой он считается.

Только, если экспертиза внимательно и подробно изучит все мельчайшие обстоятельства дела и даст точные ответы на все выше поставленные вопросы, только тогда она даст действительно исчерпывающие данные для обвинения или оправдания врача.

Нужно ли дополнение нашего Уголовного кодекса какими-либо новыми статьями, определяющими правонарушения врача? Как будто, тут прав т. Нахичеванов, указавший, что суд всегда и во всех случаях сможет подвести любые неправильные действия под ту или иную статью УК. Конечно, предусмотреть все врачебные правонарушения специальными статьями нельзя. Как бы полон ни был специальный отдел, предусматривающий врачебные правонарушения, всегда могут встретиться и такие действия врача, которые не подойдут под буквальное содержание ни одной из статей. Но, с другой стороны, крайне необходимо, чтобы врач всегда знал законные возможности своей работы и мог бы, по возможности, точно определить, где начинается тот предел, за которым уже возникает сомнение в правильности его действий. Необходимо, с другой стороны, чтобы врач мог сам себя обезопасить от неправильных обвинений, вроде, например, случая 32, когда врач привлекался к ответственности по 180 ст.

Из этих соображений желательно было бы более широкое инструктирование со стороны НКЗдрава и НКЮста по вопросам врачебной работы, более подробные разъяснения специальных статей УК, более широкое разъяснение прав и обязанностей врачей. В этих же целях, несомненно, желательным является подробное ознакомление широких масс врачей с материалами врачебных дел. В этом нуждаются и работники следствия и суда. Привлечение врача к ответственности, кроме иногда встречающихся неправильностей, вроде указанных выше, — довольно трафаретно. В боль-

шинстве случаев, что бы ни сделал врач, он привлекается к ответственности только за халатность. В силу этого врачебные преступления не дифференцируются, не получают должного определения. Почему, например, врач, отрезавший здоровый палец, не может быть привлечен к ответственности по ст. 145 за нанесение неосторожного телесного повреждения, явившегося последствием сознательного несоблюдения правил предосторожности? Такие грубо-небрежные действия врача должны быть отделены от других категорий врачебных преступлений и получить должную оценку.

Единственной мерой, которую можно бы признать целесообразной с точки зрения предупреждения врачебных ошибок, является повышение уровня знаний врача, повышение его квалификации. В этом отношении большое значение должны иметь, во-первых, более серьезная проверка знаний будущего врача в институте, а затем, если врач обнаружил в своей работе недостатки медицинских познаний,—запрещение занятий врачебной практикой до тех пор, пока уровень познаний врача не достигнет средней нормы. В дореволюционном врачебном уставе была статья 59, говорящая как-раз о запрещении в подобных случаях врачу заниматься практикой до тех пор, пока он не выдержит нового испытания и не получит свидетельства о надлежащем знании своего дела. Восстановление этого порядка было бы целесообразным для тех врачей, которые проявляют слишком крупные недочеты медицинских знаний. В отношении повышения квалификации подобных врачей, несомненно, громадную роль сыграли бы институты для усовершенствования врачей.

В заключение я считаю необходимым еще раз подчеркнуть всю серьезность вопроса о врачебных ошибках и врачебных преступлениях. Наркомздрав тов. Каминский в своем докладе на XVI съезде советов отметил необходимость поднятия авторитета врача. Одной из мер для этого, на мой взгляд, является самая суровая борьба не только с халатностью и другими правонарушениями врачей, но такая же беспощадная борьба с отсутствием основных медицинских познаний у некоторых врачей. С другой стороны, не следует забывать, что работа врача нелегка, а положение его подчас крайне тяжелое. Вполне правильно тов. Каминский в докладе указал, что необходимо создание благоприятных условий для работы врача, нужна ему помощь местных партийных, советских и профсоюзных организаций. Все это крайне облегчит работу врача и поможет изжить целый ряд недостатков, невольно приводящих к врачебным ошибкам.

---

*Доклад проф. Т. Д. Эпштейна и прения по обоим докладом  
будут напечатаны в № 7 (июль) К. М. Ж.*